

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0760

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RAJU KHAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

NUR KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHONEOLI, SOUTH 24 PARGANAH, 743377,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	RAJU KHAN	68	M	SELF
2	SAHIDA BIBI	62	F	WIFE
3	SAHID KHAN	38	M	SON
4	SARAB KHAN	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य मिलेगा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविरेन शुभी संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RP (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लक्ष्य प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if applicable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन/जवाब दिया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उसके अंश को नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या उसे लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रमाणित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, कचक्र/चक्र, इत्यादि से मुद्रित प्रचारित और प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चले या करने या करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है मुझे सहायता सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के अधीन अधीन और कर्मचारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में नाम व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या उसे ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य किसी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रमाणित मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारा प्रपत्र ही नहीं सहायता या बिना गैर-आधिकारिक या चुपचाप रोगी एवं हमारा संबंध का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमारा यहाँ पर उक्त प्रमाण और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रमाण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निरास्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

सहमति

REJECTION

निरास्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08.09.17

Dr. Arindam Deu
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 54986
Sankar Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज का उद्देश्य

Dr. Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इलाज अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इलाज 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती इलाज 2SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
निरास्त