

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1025

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

JARIJAN LASKAR

AGE-YEARS अनु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

ARFAT LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SK. PARA, RADHABALLAVPUR-144, KULTALI
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संख्या पत्रांक संख्या

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

क्या आप आय कर 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.	JARIJAN LASKAR	67	M	SELF
2.	MAIDUL LASKAR	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIESTROL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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 any, liable 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 योद्धा कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा गलत गलत है तो मेरी परामर्श प्राप्त भी गलत होगी।

2) मैं इससे जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया करूँगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं योद्धा कहता हूँ कि मैं इस सहायता से न ही अन्यत्र से न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ही ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 to Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस तरह का अपने इरादा या सोच की जानकारी देना, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस तरह से प्रसारित करें, इसे "कोशिका" एलएन न्यायोर्ष, एन, सम्पत्तियों द्वारा उत्पन्न से सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पत्तियों से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। वे इसका विवरण वे इरादा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोर्ष अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्पत्तियों के उत्पन्न से प्रसारित है सुदृढ़ तथा: सम्पत्तियों का इरादा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलएन उसके न्यायोर्ष का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

संवेदन के प्रमाण के अंतर्गत का विवरण

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, इलाहाबाद की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इन (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं जो डॉक्टर और मैं ही अधिकारी मैं वित्तीय सहायता बिना किसी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने या ले रहे हैं, वेदों कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। की "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफि अधिकार/सहायता हेतु मनुष्य की बिना मान्यता बिना किसी अन्य के सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मगर उक्त रोगी/मरीजों हेतु बिना किसी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना अन्य सहायता/वित्तीय का सुझाव देते एवं हस्पताल से रोगी का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी से हस्पताल सुझाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

संस्कृति (स्थीकृत/निरस्त का निराकरण संग्रह)

पुनः

Figure 1

06.10.17

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. 58096
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Please use only in stamp in eye.

S. Sankar Bagchi
Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
সংকর চক্ষু ইন্ডাস্ট্রিয়াল এন্ড রিসার্চ সেন্টার

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्याली इलाका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इन्सुलन २

SANCTIONED
बनायी

REJECTED
कमन्स

12/20

नाम: पि. ए. ए.