

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

K/1017/1029

APPLICATION DATE :

07.10.17

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

BANBIHARI DALUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME : LATE SADHU DALUI

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MAKALTALA TARDHAA KAPAS AN K.L.C. 800TH
24 PARKINSONS, 743502, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

RS. 15000 x 12 = 180000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

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

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.	BANBIHARI DALUI	59	M	SELF
2.	SANAKA DALUI	56	F	WIFE
3.	SABITA DAS	35	F	DAUGHTER
4.	ANITA DALUI	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौपे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये चिकित्सीय उपचार:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIES FTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उपचार 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 लेई गई 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो वह मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जहाँ "कोशिका" एक व्यक्ति, घर, सामान्य दूर के उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या कार्डों के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रयोग में लाया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" एक व्यक्ति, घर, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रयोग में लाया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" एक व्यक्ति, घर, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रयोग में लाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकार है, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हमें अधिकार है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अधिकार है कि हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकार है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही प्राप्त करेंगे और हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देने का अधिकार है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकृति/निस्त का निराकरण लगाने)		ACCEPTANCE समर्थ	REJECTION समर्थ
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.10.17	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, FRCS (Gen Surg) Sri Eye Institute (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED समर्थ	REJECTED समर्थ	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आन्तरिक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आन्तरिक हस्ताक्षर 2