

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

 APPLICATION No. : K/1014/1060
 आवेदन संख्या :
 APPLICATION DATE : 10.10.17
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : KAMAL DAS
 आवेदक का नाम
 AGE-YEARS आयु-वर्ष : 52
 SEX लिंग : M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PANCHANAN DAS
 पिता/पत्नी का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्तमान आवास का पता
 78/6/H/9 SUREN SARKAR ROAD, KOLKATA,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

— AS ABOVE —

 OCCUPATION : CONTRACT LABOUR
 व्यवसाय

 TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1600 x 12 = 19,200/-
 कुल वार्षिक आय
 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रकबा का संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

 Yes / NO
 हाँ / 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.	KAMAL DAS	52	M	SELF
2.	SARASWATI DAS	48	F	WIFE
3.	SHUMA DAS	23	F	DAUGHTER
4.	RUMA DAS	20	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विवृति 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) उपभोगा काई (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे मने विवृति का उद्देश्य:

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

 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले द्वारा)

- 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, 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिये हूँ और नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले द्वारा)

- 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 donation to 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से मुद्रित पत्रिकाओं और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस बात का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित पत्रिकाओं या विभिन्न मीडिया और उपकरणों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)**

- 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, हमारी ओर से मार्गदर्शक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोग के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्वीकृत/प्रकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाय तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का है और सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पिटल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने चरने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10.10.17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O, FRCS Reg. No. 58098 Head of Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इम्प्रेसन व छाप	Shri. Ankur Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पिटल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इम्प्रेसन 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इम्प्रेसन 2
SANCTIONED सम्मत	REJECTED असम्मत		