

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0115/1652

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/01/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHIVPRASAD ADIKARY

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TARAPADA ADIKARY

पिता/सहोदर का नाम

TARAPADA ADIKARY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR MATHURAPUR, PURBA PARA, MATHURAPUR,
GASIRBAT, NORTH 22, PARAGANAS, 743928,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : FARMER

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 18000/2 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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	SHIVPRASAD ADIKARY	60	M	SELF
2	SHILA ADIKARY	50	F	WIFE
3	SANCHITA ADIKARY	26	F	DAUGHTER
4	IPSITA ADIKARY	24	F	DAUGHTER
5	POLAK ADIKARY	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 गये निम्नी का उद्देश्य:

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 यहाँ 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 उसे वेदों आधारित निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया जा रहा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आधार हेतु यह प्रयोग नहीं करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा, कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफंड है और न ही राशि में मुक्ति।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्बेड कर सकें, दूर, सामान्य दूरदर्शन से मुझे लाइव प्रसारित करें और वेबसाइटों पर मेरे बारे में जानकारी दे सकें। इस प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकरण का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड करने वाली के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मदद न ले सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का प्रयास किया जाय, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद नहीं दी जाती, तो हमें अपने आप से मदद लेने का अधिकार होगा। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने का अधिकार होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और डॉक्टर के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव नहीं लगाया जाता है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और डॉक्टर के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी दबाव नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निशान लगायें)		ACCEPTANCE मान्य	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/01/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O. FRCS No. 58066 Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (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 संस्तुति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदनक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदनक 2