

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0118/1658

APPLICATION DATE: 06/01/18

NAME of APPLICANT: ASHOK ROY

AGE-YEARS 62

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HEMANTA ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 11/14 BARWARITALA ROAD, DELIGHATA, H.O. KOLKATA, 700010, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYEE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. रखाई रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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.	ASHOK ROY	62	M	SELF
2.	SUKHA ROY	53	F	WIFE
3.	PANCHU ROY	30	M	SON
4.	KALPANA ROY	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

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



DECLARATION by APPLICANT: **जारीद्वारा दत्त घोषणा कर:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो येरी सहायता निरास भी जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एतिस "कीसिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस एतिस का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निर्धेन/कर्मचारी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 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/put-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने इच्छा का संबंध को जान लाने, मैं (अर्पक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार मैं जोड़ रहा हूँ, उसे "कोशिका" एनएन न्यासी, एन, एनएनएन एनएन एनएन से मुझे उपलब्ध और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से इच्छा करने को निम्न अधिकृत है। मेरी द्वारा का विवरण मेरी इच्छा को पालने या मदद करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएन न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेक में इलाका के अंग्रेज का निवास

AGREEMENT by HOSPITAL: (F24501 011 4010)

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.

इससे अधिकतर, इस्लामी की ओर से म्यांमार/रोमी की "बोसिका पराजित" से मिलित प्रमाण हेतु निष्कर्ष की जाती है, किसे हम (हमारा) निम्न प्रकाश से जानें व समझें करते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्बरता और न ही अधिपत्य में विभिन्न सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए जायेंगी। न तो कोई भी व्यक्ति को किसी भी प्रकार की सहायता दी जायेंगी। न तो कोई भी व्यक्ति को किसी भी प्रकार की सहायता दी जायेंगी। न तो कोई भी व्यक्ति को किसी भी प्रकार की सहायता दी जायेंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संस्कृत के लिए संस्कृत

Date of Surgery
अवधि का तिथि

06/01/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाम्रो काम नभए नै हुन्छ भने नै रोजि नै

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नमः न पद इत्यप्यत्र अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी महाराज ।

Erfaugel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: TRUSTEE 2

2020