

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/1685

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RUPA DEVI RANA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

MANGAL RANA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B/26/H/4, POLIN KHATICK ROAD, TANGRA SO,
KOLKATA, 700015, 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 सत्य प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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	RUPA DEVI RANA	50	F	SELF
2	SANJAY RANA	26	M	SON
3	ANJAY RANA	23	M	SON
4	BIJAY RANA	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नौपे 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 प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

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

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 उसी हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none on item vi.

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी सहायता एतल "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ। इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WFO)

- 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 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 will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस द्वारा मैं पेशित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वापसदान द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं द्वारा का विवरण मेरे हस्ताक्षर से पत्रों का भार से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अधिकांश के हस्ताक्षर या अंगूठी का प्रमाण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अतिथि, इसका भी जोर से पालन-पोषण को "कोशिका पायमेंटेशन" से अधिक महत्व देना होगा, जिसे हम (इसका) विषय प्रकाश से पालन व पोषण करने हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी और साधारण संस्था या किसी अन्य शक्ति से उच्च होती-पावने में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविलीजियनरी उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकार/सहायता हेतु मन्त्रालय की बिना जात है तो अस्पताल किसी अन्य और साधारण संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय गतर उच्च होती-पावने हेतु किसी और साधारण संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं ले-पावने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिने गने उपचार/प्रक्रिया का शुल्क ऐसी पूर्व अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए अस्पताल में ऐसी के उच्चतम सुख और जाने जाने की सभी शिमेदारी ऐसी पूर्व अस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या शिमेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (संस्कृत/निरस्त का निराकरण लागू)

ACCEPTANCE

संख्या

REJECTION

समन्वय

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभिनेता की तारीफ

08/01/18

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

हॉस्टर का नाम व इमेल आईडी व एड्रेस

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O, FRCS
Reg. No. 58096
Research Centre

Sankar Bagechi
Sankar Bagechi
Director
Natal Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमन्नाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानरिक्त उपयोग हेतु

SANCTIONED सम्पत्ति	REJECTED सम्पत्ति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इशद्वार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इशद्वार 2
			