

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building Block of Life.

APPLICATION No.: K/1018/1272

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 01/10/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GAUR HALDER

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

DWARIK HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DURGAMANDAP HALDER GHATI PARA  
SANDESHKHAL, NORTH 24 PARGANAS,  
743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्र 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)

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 संबंध
1.	GAUR HALDER	73	M	SELF
2.	SABITRI HALDER	68	F	WIFE
3.	MRITUNJAY HALDER	45	M	SON
4.	SUMITA HALDER	47	F	DAUGHTER
5.	ANIMA HALDER	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये विवरण का उद्देश्य:

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

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 सो गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कतार हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ही न्य प्राप्त है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रश्न को नहीं हूँ, उस एवम् या अन्यत्र से प्राप्त किया जायेगा अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT.** (אשרת המועמד)

- 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/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 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 प्रश्न का अर्थ इसका या अर्थों की सम समझना, मैं (अर्थदक) अपनी समझ की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिक फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अभिप्रेत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कौशिक" समूह व्यक्तियों, सम, समकक्ष सम दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के विषये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रभावित करने के लिए अभिप्रेत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे द्वारा की पसंद का कारण से करने के लिए "कौशिक फाउंडेशन" या व्यक्तियों अभिप्रेत है।
- 2) मैं (अर्थदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और विवरण जो कि इसका के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः इसका का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कौशिक" समूह उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सम्पन्नकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके जो हमला या शंका का निगान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

हमारे अधिकांश, हमसुधारी की ओर से मागले/देसी की "कांशिका फाउन्डेशन" से विधिपत्र प्राप्त हो चुके हैं, जिसे हम (हमसुधारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही पब्लिक में कौटुंबिक सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उठाए जा सकती है, जैसे कि इनमें "कॉन्सिल फ़ाउन्डेशन" से सहायता/सहायता उठाए जाने के सम्बन्ध में "कॉन्सिल फ़ाउन्डेशन" द्वारा मरकर देना कि है। यदि "कॉन्सिल फ़ाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरुद्ध अतिरिक्त/सकल देना मना नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय मरकर उठाए जा सकती है। किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेना।
2. "कॉन्सिल फ़ाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल विधिवि प्रकृति की है। ऐसी पर इसमें द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर सरकारी/सकल का चुनाव ऐसी एवं इसमें उठाए जाने का विषय है और "कॉन्सिल फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इसमें से ऐसी के इच्छा अनुसार और अन्य जगह की शर्तों के बिना/बिना ऐसी एवं इसमें उठाए जाने और "कॉन्सिल" की कोई पब्लिक या निजी/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 01/10/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. कुन्दु MBBS MS Regn. No. 123456 Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. एस. एस. सिंह MBBS MS Regn. No. 789012 Research Centre
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

### अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्तियार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्तियार 2
	