

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

K/1218/1762

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

6/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

RAJESH RANA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

44

SEX लिंग

M

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

BIRJA RANA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासी पता

3/1 KUN KHAIR ROAD, TANGRA, KOLKATA,
JHARKHAND WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

SECURITY GUARD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

R 20000X12 = 24000

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या दर्शाएं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	RAJESH RANA	44	M	SELF
2.	LAKSHI RANA	42	F	WIFE
3.	RAHUL RANA	15	M	SON
4.	RAHMAN RANA	12	M	SON
5.	RAHMAN RANA	9	M	SON
6.	RAHMAN RANA	8	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का नीचे रेषा प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय का नीचे रेषा प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का नीचे रेषा प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि एवं विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रमाणित प्रमाण प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SUSPENSE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता प्रमाण

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले):

- 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.
- 4) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रारण प्राप्त होता है तो मेरी प्रारण फाइल भी खारिज हो सकती है।
- 5) मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम लेई और न ही रकम ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ यकीनपूर्वक रूप से कहता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में प्रकाशित करें, उनके "कोशिका" पत्र, पत्रिका, वेब, समाचार पत्रों, रेडियो से मुझे संबन्धित और सम्बन्धित करने वाले किसी भी अन्य माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रारण पर दिये गए हस्ताक्षर के द्वारा यह कहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से यकीनपूर्वक हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी माध्यम में प्रकाशित करने से मुझे प्राप्त: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, वेब, रेडियो और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

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 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, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारण हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से प्रारण नहीं की जाती है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि माध्यम सिफारिश प्रारण प्राप्त करने के लिए हमारे पास कोई भी अन्य सहायता नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर करने वाले के लिए कोई भी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर करने का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने वाले को हस्ताक्षर प्रारण और अपने अपने को सही निर्णय लेने एवं हस्ताक्षर को प्रारण और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 8/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जान व जे हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--