

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/1218/1768

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

01/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदन का नाम

BANAMALI MANNA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

75

SEX लिंग

M

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

ANANTA MANNA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

JITABARAH-8, PANCHULA, SADAR, HOWRAH,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर तिकी का चिह्न 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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	BANAMALI MANNA	75	M	SELF
2	BIJAYA MANNA	69	F	WIFE
3	DILIP MANNA	59	M	SON
4	PARAK MANNA	36	M	SON
5	PRADIP MANNA	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापील प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापील प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापील प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सम्बन्धित/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े की गई डॉक्टरद्वारा सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	Surgery - RE (SICCA 104)

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 ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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/revocation.
- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी प्रार्थना प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही अधिक राशि का भुगतान करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत होकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को सहमत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, रूप, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शित करने के लिए प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित कर सकते हैं। मैं इसका उपयोग करने के लिए सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरे नाम और विवरण का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी कर सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस आधार पर प्रदर्शित करने के लिए मैं सहमत हूँ। प्रार्थना का प्रस्ताव नहीं करता। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिए नाम और सार्वजनिक रूप से।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ थUMB का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 सहमत होकर, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव को स्वीकार एवं स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के अंतर्गत हम स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दिये गये वित्तीय सहायता के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भुगतान नहीं करना है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिले, उसे केवल वित्तीय सहायता के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है। इससे कोशिका फाउंडेशन द्वारा दिये गये वित्तीय सहायता के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भुगतान नहीं करना है। इससे कोशिका फाउंडेशन द्वारा दिये गये वित्तीय सहायता के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भुगतान नहीं करना है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीयन नं. Dr. Anil Kumar 11111111111111111111	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के द्वारा स्वीकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director Koshika Foundation
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपक 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपक 2 [Signature]
--	--