

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Unity of Life

APPLICATION No. : K/1218/1805

APPLICATION DATE : 8/12/18

NAME of APPLICANT : ASHOK ROY

AGE-YEARS : 62 SEX : M

FATHER'S/SPONSOR'S NAME : HEMANTA ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास

17A BARBARITA ROAD, PALESHATA, KOLKATA 700010, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

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

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं (जो नाम हो उस पर 'X' 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 आवेदक के साथ संबंध
1.	ASHOK ROY	62	M	SELF
2.	PRAMILA ROY	60	F	WIFE
3.	RAVEN ROY	28	M	SON

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

SPL Card (Attach Card Copy) पटवारी कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	SURGERY - L.E. (GUS+IOL)

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 जो प्राप्त सहायता पुरानी

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातेक हउ फॉर्म पर:

- 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 बताना हूँ कि इस फॉर्म पर दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाता है तो मेरी प्रार्थना फिलहाल भी यही रहती है।
- 2) मैं इस बात पर दृढ़ता से "कॉमिट" हूँ, कि यदि मुझे "कॉमिट" किया जाये, तो मैं इस फंड को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस फंड की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस फंड के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पैसे लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक हउ फॉर्म)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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.

3) इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्हक) यहाँ पर दृढ़ता से "कॉमिट" हूँ कि "कॉमिट" फंड और उसके उपयोग के लिए मैंने इस फंड की मांग की है, और मैं इस फंड को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस फंड की मांग की है।

4) मैं (अर्हक) इस बात पर दृढ़ता से "कॉमिट" हूँ कि मैंने इस फंड के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पैसे लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल हउ फॉर्म)

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 अधिक, हॉस्पिटल को और भी ज़रूरत पड़ेगी कि "कॉमिट" फंड के लिए हॉस्पिटल को पैसे मिलें, किन्तु हम (हॉस्पिटल) इस बात पर दृढ़ता से "कॉमिट" हूँ कि हम इस फंड को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगे, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस फंड की मांग की है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस फंड के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पैसे लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

4) "कॉमिट" फंड के लिए मैंने हॉस्पिटल को पैसे मिले हैं, किन्तु हम (हॉस्पिटल) इस बात पर दृढ़ता से "कॉमिट" हूँ कि हम इस फंड को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगे, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस फंड की मांग की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	Shanker Nag MS (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम और स्टाम्प	Gankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम और स्टाम्प
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपका हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपका हस्ताक्षर 2