

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/1843

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SITARAM THAKUR

AGE-YEARS अनु-वर्ष

58

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LAXMAN THAKUR.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURATAN BAZAR, BAUPASAD, JAMSHEDPUR II
BASINHA NAGRA, 24 BARGANAS, 743411.
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 1800x12 = 21600 /-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. वाईटी नंबर

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उस पर सही का निशान लगाएँ)

Yes / NO

हाँ / 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 क्या संबंध
1.	CITABAN THAKUR	58	M	SELF.
2.	PAPEL THAKUR	15	F	WIFE.
3.	KALIPANA THAKUR	01	M	SON
4.	JAMAL THAKUR	18	M	SON
5.	SANDREN THAKUR	15	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौन सा आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 कौन सा सहायता पानी

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.
- 1) मैं यहाँ 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 जाय तो उसे ग्राह्यता प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रकम का कहीं से भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही लेने का इरादा रखता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

- 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/republish 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताने के लिए, "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए, मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भविष्य के प्रतिबन्ध के प्रयोग में लाया जा सकता है। इस सहायता का प्रदान करने वाला "कोशिका" फाउंडेशन या इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठा का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

- 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.
- इसके अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जायेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता, पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करता है। हमारे उपचार और सुरक्षा का निर्णय हमारे रोगी और हमारे हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय सहायता है। उपचार और प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हमारे हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हमारा रोगी और हमारे हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Surgical Officer	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यह व यह हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>