

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1128/1863

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/10/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MRINAL HALDAR.

AGE-YEARS अनु-वर्ष

68

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

HARENDRANATH HALDAR.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

114/253 DIGHA DAILY SREERAMPUR
NORTH 24 PARGANAS 700012, 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 साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

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

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

Yes / No

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 सम्बन्ध
1.	MRINAL HALDAR	68	M	SELF
2.	CAUNYTRA HALDAR	65	M	BROTHER.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/प्रीस्क्रिप्शन से साथ की गई डॉक्टरों के सूची प्रस्तुत
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SIC+HPL)

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 ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँ, तो मेरी आवेदन पत्र तथा मदद को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं इस मदद को प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" को सही बता रहा हूँ, जिसके लिए मैं इस मदद की मांग कर रहा हूँ।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद को प्राप्त करने के लिए, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो आंशिक रूप से मदद ले रहा हूँ और न ही ऐसा करने की योजना बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्रों, प्रकाशकों द्वारा या अन्य किसी भी माध्यम से लोगों को जानकारी देने और इकट्ठा करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रपत्र पर मेरे विवरण का उपयोग मेरी इलाज के पूरा होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने से मेरी मदद के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। मदद देने या जारी रखने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों के पास होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/अंगूठे के "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव को स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अपने आपसे या किसी अन्य स्रोत से शेष राशि पूराने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं मिल रही है, हमें कोशिका फांडेशन को यह जानकारी देनी होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दिये गये वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है। उपचार का फैसला हमारे और रोगी के बीच के समझौते पर आधारित है, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं है। इसलिए हमें उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी और रोगी की सुरक्षा के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery आपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पंजीकरण नंबर	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी के लिए हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर