

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/12/18/2059

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

13/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदन का नाम

KANEAILAL NASKAR

AGE-YEARS मास-वर्ष

53

SEX लिंग

M

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

HARAN NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

GUEST PARDI RAGHUBHAR BISHNUPUR
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

RS. 18000/12 = 2,600/-

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 संबंध
1.	KANEAILAL NASKAR	53	M	SELF
2.	SUNITA NASKAR	46	F	WIFE
3.	KANSHUK NASKAR	24	M	SON
4.	PARSHURAM NASKAR	21	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्नी किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (STC 710L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले के लिए)

- 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/termination.
- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- (2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस आवेदन में माग किया है।
- (3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस आवेदन हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी और को मदद दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले के लिए)

- 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-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 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.
- (1) इस आवेदन पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में जोड़ सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रसारित, मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी को अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस आवेदन में बताना हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी को अधिकृत है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हम यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- (1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/मरीज के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता हमारे लिए पर्याप्त नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता हमारे लिए पर्याप्त नहीं है, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरक करने के लिए अधिकृत हैं।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता इस पर कोई प्रभाव नहीं डालती है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार, उसके परिणाम और सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी बर्तनी है और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2