

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: K/1218/2076

APPLICATION DATE: 18/12/18

NAME of APPLICANT: DULAL CHANDRA KUNDU

AGE-YEARS: 71

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ORINI KUNDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1/A JAY KRISHNA CHASHAI ROAD, AKIADHIA,

NORTH 24 PARGANAS, 700054,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. 9999 9999 9999

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

Yes / No

आप आय कर का दाता हैं (को सही ढंग से चिह्नित करें):

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: पारिवारिक विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	DULAL CHANDRA KUNDU	71	M	SELF
2	ORINI KUNDU	60	F	WIFE
3	RUBHAS KUNDU	27	M	SON
4	KASHI KUNDU	25	F	DAUGHTER
5	SATHI KUNDU	27	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यक कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में 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 आवश्यक/प्रीस्क्रिप्शन से कार्ड को यह प्रमाणित करनी चाहिए
1	DIAGNOSIS - CATARACT
2	Surgery - Ls (Sustol)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED सी यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ હોંનું છું કે એવું નથી

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिये गलत बताने का प्रयास है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि "कौशलिक आधारभूत", से जो मैंने सहायता की मांग की है, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उस उद्देश्य के लिए या किसी अन्य उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मांगूंगा और न ही किसी और से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach two wux)

- 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-upreproduce 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 ढर्रे पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय पर इस ढर्रे पर जो घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, सामान्य रूप से इंटरनेट से मुझे पीछेपिछी और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। वे इस पर विचार करें कि इससे मेरे पता या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिशोध से प्रसारित करने के लिए सक्षम हैं। इससे मेरे पता या मेरे करने के लिए "कोशिका" द्वारा यादों या भरोदारों का निर्णय अधिक और सामान्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपनेक को ब्रह्मज्ञान या भक्ति का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

17.11.2018

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी संस्था का विरोध किया गया है। न तो संविधान में और न ही अधिनियम में कोई भी प्रावधान है, जो कि इसे "कोर्ट का अधिकार" के अन्तर्गत लाये। इस से स्पष्ट है कि "कोर्ट का अधिकार" इस संस्था के अन्तर्गत लाया गया है। न तो संविधान में और न ही अधिनियम में कोई भी प्रावधान है, जो कि इसे "कोर्ट का अधिकार" के अन्तर्गत लाये। इस से स्पष्ट है कि "कोर्ट का अधिकार" इस संस्था के अन्तर्गत लाया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकुली ये विष्णु संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/1/8	Dr. Ashok Agrawal JAL. NO. 74015-1-8 Reg. No. 10000 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Shit Bunker Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व/वा डॉ. के नाम व इलाका व रजि. नं.
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इलाका 2	
		