

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : W/128/2015 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : TARAPADA KOLEY AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65 SEX / लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : PATNAL HADRA 71915, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NIL (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ संबंध
1.	TARAPADA KOLEY	65	M	SELF
2.	SOVA KOLEY	57	F	WIFE
3.	GOLAP KOLEY	134	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / एपीसी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु दिने गए विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE(SICSAIOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / से प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक द्वा. लेखक के)

- 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.
 - 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.
 - 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही सचवादी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझक एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रार्थना फिलहाल भी खारिज है।
- 2) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता या भुगतान के लिए नहीं आवेदन करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वा. लेखक)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए अन्य स्रोतों से धन जुटाने के लिए और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस उपयोग का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 3) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के प्रसारित करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

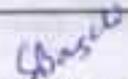
अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा. लेखक)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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 source.
 - 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 यहाँ की ओर से आदेशित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (रोगी) के लिए प्रस्ताव से सहायता प्रदान करने के लिए।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सचवादी स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं करूँगा, जैसे कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
3. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्थीक की तारीख 19/12/18	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर Anjanjay Giri Research Centre	 Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व पद Director Research Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपितकर्ता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपितकर्ता 2
