

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/12/8/2148

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

SHANKAR HALDER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

NIROD HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

SHANKAR HALDER, NIROD HALDER, KALKAJI HALDER, WEST BANGALUR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs 1200 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. अपना पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	SHANKAR HALDER	50	M	SELF
2.	BULTI PARAMANIK	40	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपचार/प्रातिपद से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो या ख़तरा है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सही का रही है, कि प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में या पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उक्त राशि के लिए सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 अंगूठा का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति और प्राधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उक्त "कोशिका" फाउंडेशन, पत्र, प्रकाशक, मुद्रण, इत्यादि से मुझे प्रचारित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी माध्यम से उपयोग करने में निरुद्ध नहीं है। मेरी पता का विवरण भी प्रपत्र में दिये गए पते पर मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को प्राधिकार देता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से उपयोग करने के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को प्राधिकार दे दिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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:

- 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.

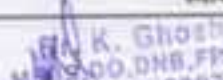
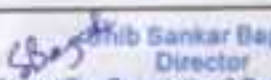
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्ति/पेश की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विधिवत की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं।

1) यह कि हम कोशिका और किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम यह स्वीकार करते हैं कि सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता लेने की आवश्यकता नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हमें सहायता के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें अपने चिकित्सा सुझाव और अपने चिकित्सा चिकित्सा के लिए और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय सहायता के लिए हमें कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 01/12/18	 K. GHOSH MD, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पता हस्ताक्षर के साथ है	 Anil Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2
	