

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of the

APPLICATION No. :

K/1218/2150

APPLICATION DATE :

21/12/18

NAME of APPLICANT :

SARAJIT DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

21

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

SASHADAR DAS

FATHER/SPOUSE का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PARAGANES, BANGA DOTA NARAIAN
PARAGANES, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. : स्थायी आय कर संख्या

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

Yes / No

आप आय कर का शीर्षक हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SARAJIT DAS	21	M	SELF
2	KANUJ DAS	22	F	WIFE
3	KANUJ DAS	05	N	SON
4	MAHAN DAS	41	M	SON
5	LUCHMAN DAS	67	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विवरी लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों के प्रमाण पत्र
1	PARAGANES- CATARACT- LE.
2	SURGERY- LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले को भरना है)

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी वित्तियन सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई वित्तियन सहायता अन्य स्रोत से मिले तो मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की रकम, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले को भरना है)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के संबंध में, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, सहायता एवं उद्देश्य से मुझे जानकारी देने और जानकारी देने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम हैं। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी जानकारी के बिना मेरी छवि का उपयोग नहीं करेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका" के ट्रस्टी के द्वारा ही प्रदान किया जाएगा। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता को स्वीकार करने और सहायता को स्वीकार करने के लिए मैं स्वीकार करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन करने वाले के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल को भरना है)

- 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 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.

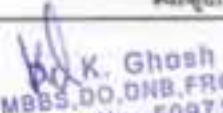
हम यहाँ पर स्वीकार करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से सहायता नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से सहायता मांग रहे हैं।

- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और न ही भविष्य में निम्न सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेंगे, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के समान है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अधिकार है कि हम (हॉस्पिटल) सहायता मांगेंगे कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के समान है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तियन प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना ही इलाज करना है। इस प्रकार से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना ही इलाज करना है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, उसे केवल वित्तियन प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना ही इलाज करना है। इस प्रकार से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना ही इलाज करना है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए संकेतित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/18	 K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS NO. 50971 (Name of Dr. & Sign. No. with Stamp) इलाहाबाद मेमोरियल हॉस्पिटल, इलाहाबाद	 Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) राम नगर इलाहाबाद मेमोरियल हॉस्पिटल
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले को भरना है)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदन करने वाले 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदन करने वाले 2
