

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: K/0119/2182

APPLICATION DATE: 01/01/19

NAME of APPLICANT: RAJ KUMAR ROY

AGE-YEARS: 54

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMKAILAWAN ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 24/1, TIL JALA ROAD, GURBINDA KHATICK ROAD, KOLKATA-700046

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1800 x 12 = 21600/-

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

PAN No. [Blank]

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

Yes / No
हाँ / 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.	RAJ KUMAR ROY	54	M	SELF
2.	UMA DEVI	42	F	WIFE
3.	ARJUN ROY	20	M	SON
4.	LAKSHI DEVI	14	F	DAUGHTER
5.	ANU DEVI	5	F	DAUGHTER
6.	PUJA DEVI	12	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (SIC + POL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी उद्देश्य के हेतु सहायता राशि
------------------------	---	--

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरास हो या समाप्त हो सकती है।
- 2) मैं इस बात पर दृढ़तापूर्वक विश्वास करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी सहायता है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो भविष्य में या तो भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" एनएफआई, एन, सार्वजनिक रूप से उद्देश्य के जुड़ने की विधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी उपाय का उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निवारण मेरी सहायता के लिये या मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात पर दृढ़तापूर्वक विश्वास करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है पूर्ण रूप से सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफआई ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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 और से यहाँ/उपरोक्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रपत्र से नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनोद अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल ट्रिपल पर उस सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसे एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रपत्र का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे के प्रपत्र सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ ऐसे एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/04/19

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. - 58098
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Safaryal