

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0129/2184

APPLICATION DATE: 01/01/19

NAME of APPLICANT: MAHADEB BAIDYA

AGE-YEARS: 78

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIRANMAY BAIDYA

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

DHANAHAT, DAKSHIN PURGAHUR, SUDURGHAR, SOUTH, 24, PARAGANAH 943349, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. स्थायी आय संपन्न

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

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MAHADEB BAIDYA	78	M	SELF
2.	SHANTANU BAIDYA	43	M	SON
3.	PUSHPA BAIDYA	49	F	DAUGHTER
4.	ANURAG BAIDYA	36	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीके प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	TRACHOMA - CATARACT - L.
2.	SURGERY - L (SICC + POL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानन अथवा सत्य माना है तो वेदो अथवा विवरण की या सत्यता है।
- 2) मैं इस घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में, मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अन्य सहायता की नहीं है, इस बात का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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/put-up/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से सुदूर पत्रिकाओं और पत्रिकाओं को लिखे बिना भी इस सहायता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण सही जानकारी के साथ या बाद में यादों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे विवरण के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं सुदूर पत्रिका, सहायता या सहायता नहीं सहायता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के निर्णय अंतिम और सहायता की होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में भविष्य सहायता किसी के सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता उदा के समान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/सहायता हेतु मांगता नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य के सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में सहायता करता है कि सहायता सिफारिश करने उदा हेतु सिफारिश की जाती है सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने की सहायता।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता सहायता सिफारिश प्रकृति की है। यदि या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या सिफारिश लेने सहायता/सहायता का चुनाव हेतु एवं हस्पताल से सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकाश का कोई सहायता नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ही के सहायता सुलभ और करने करने की सहायता सिफारिश हेतु एवं हस्पताल की सहायता और "कोशिका" की सहायता सुलभ या सिफारिश इस सहायता में सहायता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/04/19

Dr. Arindam Deb
M.D., FRCS
NO. 58005

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर की नाम से हस्ताक्षर या छाप

Shib 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

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2