

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0119/2185	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 01/01/19
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: HARI SHANKAR RUDRA	AGE-YEARS: जन्म-वर्ष: 74 SEX: लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NARAYAN CHANDRA RUDRA पिता/सहोदर का नाम	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता 137/13, ULTOBANGA MAIN ROAD, BIDHAN NAGAR, KOLKATA 700067, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —	

OCCUPATION: व्यवसाय: UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है? खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

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 संबंध
1.	HARI SHANKAR RUDRA	74	M	SELF
2.	JAYSHANKAR DEV	81	F	WIFE
3.	ASHIMJIT RUDRA	85	M	SON
4.	RAJKUMAR RUDRA	55	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय 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 दिने गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	PHARMACIST - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SCL + IOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध हो कि सत्य है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद प्राप्त है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण को पूरा करने के लिए, या इसी का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, याददास्त रूप से उद्देश्य से धन संग्रहीत करने और वितरित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करेंगे। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति इस बात के बारे में नहीं है कि "कोशिका फाउंडेशन" ने मेरी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रकाशित करने से मेरी प्रार्थना को प्राप्त करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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:
- 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.
 - 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 प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- यह कि मैं या मेरी अधिकृत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रमाणित करने के कारण मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रमाणित हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो प्रमाणित किसी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रमाणित सिफारिश करने, उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्रदान कर रहा हूँ। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या दान करने के लिए प्रमाणित/प्रमाणित का प्रमाण दे रहा हूँ। इससे प्रमाणित मैं रोगी को सहायता प्रदान करने और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इससे प्रमाणित मैं रोगी को सहायता प्रदान करने और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रमाण या प्रमाणित इस प्रमाण में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/01/19	Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व 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