

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

K/0119/2238

APPLICATION DATE:

03.01.19

NAME of APPLICANT:

SUBAL DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

GOUTAM DAS

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBA HUKANDAKATI, GACHA BUKHARPUR BASIRHAT,
NORTH 24 PARGANAS, 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 आय प्रमाण)

PAN No. स्थायी आय कर संख्या

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

Yes / No

आप आय कर कादा हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

हाँ / 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.	SUBAL DAS	77	M	SELF
2.	KAMALA DAS	69	F	WIFE
3.	AJIT DAS	46	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विपत्ति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS (REPORT) - RE
2.	SURGERY - RE (SLC + FOL)

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 सी गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: **जारीक हुन भेलक तः**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप में गलत है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस प्रकार से मैं यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस लक्ष्य को प्राप्त करने के लिये मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जोहक हा काल)

- 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/print-up/republish 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 प्रश्न का जवाब हाइलाइट या अंग्रेजी में करना आवश्यक है। (हाइलाइट) अपनी छवियों को प्रेषित करना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एल्यूमीनियम, दूर, वाक्य/वाक्यों द्वारा उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और उपचार/उपचारों को देने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने में सक्षम "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इलाज नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एल्यूमीनियम उसकी या निर्णय अधिकृत और अप्रत्याशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

સાથેના બે કાગળના પાંચ ઝાંઝૂંડે આ નિશાન



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH DO NOT)

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 अधिकतर, इतालवी को जंग में पाए जाने वाली को "बोसिया फायरबैक" से मिलित कहा जाता है। निम्नलिखित भी ज्ञात है, किसे इस (इतालवी) विंग प्रकार से मान्य व प्रतीक माने है।

- 1) यह कि न तो परिवार और न ही परिवार में विभिन्न सदस्यों किसी भी साझाई संरचना या किसी अन्य तरीके से उच्च लेवेल/प्राप्ति में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" (विश्वविद्यालयीय उच्च को-ऑपरेटिव) द्वारा पढ़ा है। यह "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली अतिरिक्त/अलग से। यह पढ़ा नहीं गया था। तो अलग-अलग किसी अन्य भी साझाई संरचना या किसी अन्य संरचना से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अलग-अलग टिप्पणी पढ़ा उच्च लेवेल/प्राप्ति से। यह साझाई संरचना या किसी अन्य संरचना से नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल विभिन्न उद्योगों की है। लेने या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/उद्योग का प्रयोग लेने एवं इस्तेमाल को योग्य का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाग्र नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में लेने को इस्तेमाल सुरक्षित और अपने अपने को जारी रखने/लेने लेने एवं इस्तेमाल को छोड़ने और "कोलिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/01/19	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, FRD(EYE)FMRF Reg. No. 34788 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तफात अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनरलिक इस्तेमाल हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफा 2	
		