

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0110/2242

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03.03.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

AJIT MAJUMDER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

ASWINE MAJUMDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/B JATRA GACHI, RR SIDE VIVEKANANDA
PALLY, GOURANGA NAGAR, GHUMOL, NORTH
24 PARANAS 700050, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

RICKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

₹ 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. आयुक्त संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	AJIT MAJUMDER	61	M	SELF
2.	NONI RANI MAJUMDER	48	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया 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: **जॉर्ज डी शेनर वर:**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्वास्ट को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to work)

- 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 प्रश्न का जवाब इसकाया या जेठों की छात्र संस्था, वी (आवेदक) अपनी छात्रों की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वेद पत्र, पत्र, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् नामों, पत्र, फाउंडेशन द्वारा उत्प्रेषण से मुद्रि विनिर्दिष्ट और उत्प्रेषणियों को लिखे किसी भी उपाय सामान्य से प्रसारित करने को लिख अधिकृत है। वेद प्रश्न का विवरण वेद प्रश्न की छात्रों का नाम से करने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) वी (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पत्र, पत्र, फोटो और विवरण को कि छात्रावास को उत्प्रेषण से प्रेषित है मुझे स्वतः छात्रावास का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकांश के अनुसार यह संग्रह का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (HENDERSON 200 4000)

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.

इससे अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से आन्दोलनियों को "कोशिका परामर्शदाता" से विभिन्न प्रकारका हेतु विचारित भी जारी है, जिसे इन (इलाहाबादी) विमल प्रकाश से मान्य व स्वीकार जारी है।

- 1) यह कि न तो सीमाना और न ही अधिक्य में विविध सहायता किसी भी साधारण संगठन या किसी अन्य उद्योग से उच्च ऐंटी-डम्पिंग में लगे या हो रहे हैं, जैसा कि इनमें "कोलिका फार्मासेट" से निर्यात/आयातित उच्च को सहायता में "कोलिका फार्मासेट" द्वारा मरर हेतु कि है। और "कोलिका फार्मासेट" द्वारा सहायता विविध अधिक/सहाय हेतु मरर नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी साधारण संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय मरर उच्च ऐंटी-डम्पिंग हेतु किसी भी साधारण संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका फार्मासेट" से लगे यह सहायता अंशतः विविध प्रकृति की है। लेने या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग लेने एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "कोलिका फार्मासेट" द्वारा किसी प्रकार का कोई रस्ता नहीं है। इसीसे इस्तेमाल में लेने को इस्तेमाल मुक्त और गाने जाने की गरी विनियमों लेने एवं इस्तेमाल की होती और "कोलिका" की कोई सुरक्षा या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03-01-2019	Dr. Alok Agrawal (SBS, MS, Ph.D)(Eye)FMHT (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) उप व पर हमलात अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इमानदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इमानदार 2
	