

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0115/2272

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/01/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RANDEO PASHAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

SHEW PASWAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

19 NO GOLF ROAD PARK, JAGADAL YOUTH
24 PARKHAYAS 763125 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE. —

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 से संबंध
1.	RANDEO PASHAN	49	M	SELF
2.	RANJANA DEVI	45	F	WIFE
3.	JALARAM PASHAN	14	M	SON
4.	PASWANA DEVI	15	F	DAUGHTER
5.	SUKHJYOTA DEVI	12	F	DAUGHTER
6.	TANUJA DEVI	9	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार 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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SECT 1204)

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: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जायगा तब तक है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह आवेदन को नहीं है, इस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली गिता है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, चर, सम्बन्धित दवायों उद्देश्य से पुरी लोकमिदियाँ और प्रसारणियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इलाज के चरों या चरों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पुरी तरह सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और सम्बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्णय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्णय अंतिम/सहायता हेतु मरदा नहीं किया जाय तो सहायता किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता निर्णय मरदा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सम्बन्धित से नहीं लेना/लेने।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल निर्णय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.01.2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाजक व पं. नं. DR. KOSHICA FOUNDATION 18-8, MB 1100 NO. 71366 Koshika Foundation & Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाजक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाजक 2
--	--