

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2532

APPLICATION DATE: 15/01/19

NAME of APPLICANT: GAUTAM ROY

AGE-YEARS 45 SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: GOPAL ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

TCHAPUR, NORTH 24 PARGANAH,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

= AS ABOVE =

OCCUPATION: CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 21000x12 = 25200/-

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

PAN No. सहाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर भर चुके 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 सम्बन्ध
1.	GAUTAM ROY	45	M	SELF
2.	GAURANGA ROY	41	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विन्ती आधार

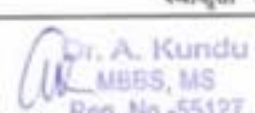
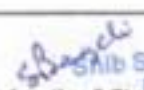
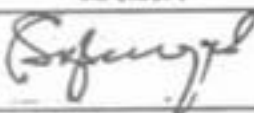
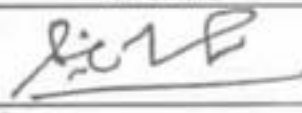
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विन्ती 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 को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर: 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाला असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सत्यापन दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परामर्श है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, इस रकम 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 करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 its 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दम्पन, पत्र, दूरभाष, दूरदर्शन, रेडियो, टीवी, इंटरनेट और अन्य माध्यमों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रत्येक छाप के बिना या बिना मेरे बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों को अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे बिना प्रसारित करने के अधिकार हैं। मेरी स्वीकृति: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन, पत्र, रेडियो, टीवी, इंटरनेट और अन्य माध्यमों द्वारा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान <div style="text-align: center;">  </div>	
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम की संख्या या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी या लेने का संकेत है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर रकम है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी अधिकतम/संकलन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उठा ली जाएगी हेतु किसी भी सहायता को हमारे अन्य सहायता से नहीं ली जाएगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हमारा द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारा के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हमारा में हमारे के द्वारा सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे एवं हमारा की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए प्रस्तावित	
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि <div style="text-align: center;">  Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. - 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर या छाप </div>	<div style="text-align: center;">  Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी </div>
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <div style="text-align: center;">  </div>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <div style="text-align: center;">  </div>