

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2579

APPLICATION DATE: 16.01.2019

NAME of APPLICANT: SATYAJIT DASGUPTA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHUMILAL DASGUPTA

पिता/हस्तुपुत्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DR UMESH CHANDRA DAS STREET, AGARPARA, PANSHATE, NORTH 24 PARGANAS, 700058, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: CONTRACT LABOURER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS - 1500 X 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. आय का संचयन संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	SATYAJIT DASGUPTA	60	M	SELF
2.	RAMA DASGUPTA	49	F	WIFE
3.	PRASENJIT DASGUPTA	06	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STC + 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 ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अर्जद्वारा देय घोषणा यः

- 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 योचन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता होगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछी है, उसका उपयोग उल्लेख की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में रखा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का खर्च किसी या सफल विद्यार्थी अन्य सोसियल/व्यवसायिक कम्पनी से पैसे लिया है और प हो परिवर्ष में लौटा

AGREEMENT by APPLICANT (afkew du wot)

- 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/post-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 हाथका या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" एनएन न्यासीय, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाज के पथरे या कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andrew se kumar ko sirf 40 din

Polyasit-der geyfte

AGREEMENT by HOSPITAL. (बिनास्पृह सहमत)

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.

हमारे अधिभूत, इलाहाबादी को और से भगवान/देवी को "कोशिका चारम्बेसन" से विविध प्रमाणों से सिद्ध किया जा रहा है, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि या तो सर्वजन और या ही व्यक्ति में विहित सहायता किसी भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐप्लिकेशन में होने या तो नहीं है, यदि कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से निपटारा/विनिर्दि उक्त को सम्भव में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि अधिक/सम्भव हेतु मरदु नहीं किया जाता है तो अवगत किसी अन्य भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगत द्वितीय मरद उक्त ऐप्लिकेशन हेतु किसी भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य सम्प्रदाय से नहीं ले/प्रदान/ले।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल विहित श्रद्धा की है। ऐसी या सम्प्रदाय द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार ऐसी एवं सम्प्रदाय को बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये सम्प्रदाय में ऐसी को सहायता सुरक्षा और जाने जाने की शर्त विनिर्दि ऐसी एवं सम्प्रदाय को होणे और "कोलिका" को कोई व्यक्ति या विनिर्दि इस सम्प्रदाय में नहीं होणे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

મગધીયકાલી એ ત્રિપુર સંસ્કૃતિ

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तिथि 16.01.2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) चिकित्सक का नाम एवं अस्त्रोपचार केंद्र का छाप	Dr. Anshu Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम एवं पद इसकात अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इसकात 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इसकात 2	
		