

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0810/1084

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/8/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MANIK DHARA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE SUREN DHARA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

44 APRAKASH MUKHERJEE LANE, HACRA CORPORATION,
SIBPUR, HACRA ZILDA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS.17000X12 = 204000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAM No. स्थाई छाता 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MANIK DHARA	72	M	SELF
2.	MAYA DHARA	66	F	WIFE
3.	ANUR DHARA	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SECS - 104)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता का कथन 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ जो सहायता दूँगी "कोशिका फाउण्डेशन", से उसे वह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस दृष्टि का अवैधता का समस्त विस्तार किसी अन्य छोटे/बड़े/कर्मचारी/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO BUY)

- 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 पर अपने इच्छा का जवाब दे कर उत्तर लिखिए, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दी गई है, उसे "कोशिका" एनएनआई, राय, पत्रकारिता एवं उद्योग से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिपि किसी भी प्रसार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के धराते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत हो उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएनआई के भ्राताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपेदक के हस्तक्षेप या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से करार)

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.

बालों जड़िकात, इसलथदी की ओर से सलसलदीनी की "कडरिका सलसलदीनी" से विलिन सलसलदीनी हेतु सलसलदीनी की कलती है, विले हल (हलसलदीनी) सलसलदीनी से सलसलदीनी व सलसलदीनी कलती है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही व्यक्तिगत या किसी भी व्यक्तिगत या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐंटी-कमल में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनेंस" से निराला/विच्छिन्न उक्त को संरक्षण में "कोशिका फायनेंस" द्वारा मरद हो कि है। यदि "कोशिका फायनेंस" द्वारा संरक्षण विधि अतिरिक्त/अलग हो मरद नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य गैर सामाजिक संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से संरक्षण लेने का अतिरिक्त सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मरद उक्त ऐंटी-कमल हो कि किसी भी सामाजिक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फायनेंस" से ही यह संरक्षण केवल व्यक्तिगत व्यक्ति की है। ऐंटी को हस्तगत द्वारा ही यह संस्था या किसी गैर उपकार/अधिकार का पुनरावृत्ति एवं हस्तगत को अंतर का विषय है और "कोशिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई उद्देश्य नहीं है। इसीलिए हस्तगत में ऐंटी को हस्तगत सुनिश्चित और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई व्यक्तिगत या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसक्ति

Shib Sankar Bagchi

100

Statistical Analysis & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम य च द हसपञ्चत अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

अपराध की शक्ति

6/8/19

Reg. No. 40578
of Dr. & Recn. No. with Stamp)

(Name of Dr. & Recn. No. with Stamp)

उत्तर का नमूना है इस प्रकार है:

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमौ वृत्तव्यापारः ।

Exempted

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमो हस्तक्षर २

lieve