

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0518/0300
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 09.05.18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: UPEN SARDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ARJUN SARDAR
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JHANTHANIYA 1ST ANSHA KALINAGAR,
SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS, 743442,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: R8.20000x12=24,000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संपादित संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता 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.	UPEN SARDAR	60	M	SELF
2.	LEKHA SARDAR	55	F	WIFE
3.	GOBINDA SARDAR	32	M	SON
4.	SANDIP SARDAR	30	M	SON
5.	ANJALI SARDAR	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विवृति 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 (5189+10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ सत्यता पक्ष "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सत्यता पक्ष है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है, इस पक्ष का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/print/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 to 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, साक्षात्कार द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिकृत और प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रयोग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग हैं पूर्ण सत्यता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसके अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/ऐसी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो जाये या ले जाये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सहायता हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सहायता हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लीगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गये सहायता/प्रक्रिया का प्रमुख ठेकी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ठेकी के इच्छा पूर्ण और जहाँ जाने की सही जिम्मेदारी ठेकी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निरास लगाये)

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/05/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 58096
Sriyat Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

Shishu Kumar Bagchi
Director
Sriyat Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
उन व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
अन्यथा