

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0618/0471

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/06/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MANJU SINGH

AGE-YEARS अनु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

BHOLA SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

17D/H/21 GOALAGAN STREET, BEADON STREET,
KOLKATA, 700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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	MANJU SINGH	65	F	SELF
2	SUNIL SINGH	40	M	SON
3	SUSHIL SINGH	37	M	SON
4	SUMITA SINGH	35	F	DAUGHTER
5	ANITA SINGH	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्त आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 करने विवर्त 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 (SURS+IOL)

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 वही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **સર્વેશ્વર પ્રતાપ સોલંકી**

- 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 पर कबल यह कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इच्छा को ध्यान धरित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में परा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण पत्र किया गया है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल विस्तार किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING JOB #001)

- 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 fulfilment 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 इसकाया या अंगों की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दार, चरचरक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसकाया के पक्षों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि इसकाया के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः इसकाया का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अभेदक से प्रत्यक्ष या अप्रति का विचार

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कार्य)

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 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 अधिकांश छात्राधीन की ओर से मागले-लेनी को "कॉलेजियल फायनेंस" से विविध प्रकार से विभाजित की जाती है। जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉमिक्स और न ही चरित्रों में विविध साक्ष्य मिलती है साकारों संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त टैलीफोन में ली या ले गई है, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से विचार/अधिकृत उक्त के सम्बन्ध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मार देना कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विविध अधिकार/सम्बन्ध हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य है साकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध मार उक्त टैलीफोन में हेतु किसी है साकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ली गई साक्ष्य कोल विविध प्रकृति की है। टैली या अस्पताल द्वारा दी गई साक्ष्य या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रत्यक्ष टैली एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए अस्पताल में टैली के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सभी विनियमों टैली एवं अस्पताल की होती और "कॉलिका" की कोई भूमिका या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अक्षरान की तारीख 05/06/18	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाथीर की नाम व इलाका व तारीख	 Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमलात अक्षरान अक्षरान
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	