

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: K 10618/0554

APPLICATION DATE: 13/06/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम KALIPADA JODDAR

AGE-YEARS वय-वर्ष M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम BISWANATH JODDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पाल

28 KUMIRNARI JODDAR PARA, KUMIRNARI
BOSAAN, SOUTH 24 PARGANA, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पाल

AS ABOVE

Koshika
foundation
Building block of life.



OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (मिठी) / UNMARRIED (मिठीन)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(जबकि जात का साक्षर संलग्न)

PAN No. जाइ ज्ञात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जात का यहाँ है (जो मात्र हो उस पर सही का निश्चय संभव)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. जाइ संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	KALIPADA JODDAR	68	M	SPIF
2.	SUBALA JODDAR	60	F	WIFE
3.	TAPAN JODDAR	38	M	SON
4.	TANMAY JODDAR	15	M	SON
5.	MRINDUJY JODDAR	12	M	SON
6.	SUMITA JODDAR	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विस्तृत व्यापक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof जबकि साथ
गटीवे रेता के नीचे प्रधान पात्र (प्रधान पात्र की साथ भी संलग्न करें)	जनन अवास की प्रधान पात्र (प्रधान पात्र की साथ भी संलग्न करें)	उपचारक कार्ड (प्रधान पात्र की साथ भी संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विस्तृत का उद्देश्य:

Sr. No. जाइ संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाँड़िकार से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RF	
2.	SURGERY - RF (SICS + IOL)	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. जाइ संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ले गए सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: नीचे द्वारा संरक्षित करें:

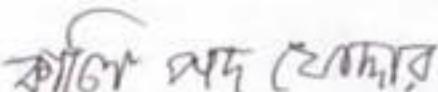
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रत्यक्ष करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए अपने विवरण में व्यक्ति को बहुत समझ एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसा करता है तो मैं उसे भवित्व दिलाकर को करना है।
- 2) मैं इसे व्यक्ति की "कोशिका पाठ्यकालीन", जो जीवन की है, उसका उपर्युक्त तरीके द्वारा उपर्युक्त की दृष्टि के द्वारा विवरण, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विवरण द्वारा उपर्युक्त की गई है, उस तरीके का अनुरूप या समान विवरण अन्य स्रोतोंसे/संस्थाओं कानूनी में न दिया है और वही भवित्व में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (नीचे द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मैंने इसका एवं अपने की जान दर्शावा, जी (नीचे द्वारा) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका पाठ्यकालीन" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह सम, पता, चोटों और जीवन की विवरण इस प्रकार में प्रोत्तिष्ठित है, जो "कोशिका" द्वारा, नाम, दाता, व्यक्तिगत तौर पर उपर्युक्त में दृष्टिकोण से दिया गया है। योग्यता का विवरण में व्यक्ति को जानने के लिए इसका उपर्युक्त कानूनी अधिकृत है।
- 2) मैं (नीचे द्वारा) इस कानूनी विवरण की गई सम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उपर्युक्त में प्रोत्तिष्ठित है युक्त सम, सहायता का उपर्युक्त जीवन का समान एवं "कोशिका" द्वारा, अपने जीवनीय का विवरण अधिकृत और व्यक्तिगत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नीचे द्वारा दिया गया है।



AGREEMENT by HOSPITAL: (इसका द्वारा कराया)

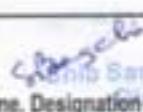
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

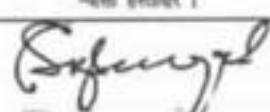
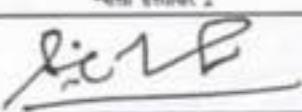
इसका अधिकृत, इसका जीवनीय की "कोशिका पाठ्यकालीन" में विवरण सहु दिलाया की जाती है, जिसे हम (हास्पित) निम्न उपरांत में समान न अद्वितीय करते हैं:

- 1) यह कि वह समान और वही अधिकृत में विवरण सहायता दिलायी गई सहायता संभवतः जीवन का विवरण अन्य संस्थानों में भी यह से तो है, वैसे कि हमारे "कोशिका पाठ्यकालीन" में विवरण दिलायी गई सहायता का विवरण इसके द्वारा दिया गया है। यदि "कोशिका पाठ्यकालीन" इस सहायता विवरण अधिकृत अन्य संस्थान से दूसरी जीवन सहायता दिलायी गई तो उसे युक्त में समान उपरांत उपर्युक्त करता है। इस पुष्टि में समान उपरांत उपर्युक्त करता है कि इसका विवरण अन्य संस्थानों में दूसरी जीवन सहायता की दृष्टिकोण से दिया गया है।
2. "कोशिका पाठ्यकालीन" में दूसरी जीवन सहायता दिलाया गया है यदि यह विवरण द्वारा दिया गया जीवन का विवरण अन्य संस्थानों में दूसरी जीवन सहायता का विवरण नहीं है। इसलिए इसका विवरण द्वारा दिया गया जीवन का विवरण नहीं है। इसलिए इसका विवरण द्वारा दिया गया जीवन का विवरण नहीं है। इसलिए इसका विवरण द्वारा दिया गया जीवन का विवरण नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
सहीकृती के लिए उम्मीद

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख 10/06/18	Dr. Architam Deb MBBS, DGO, FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp): Cenm. हास्पित का नाम व हास्पित का नाम	 Dr. Architam Deb MBBS, DGO, FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp): Cenm. हास्पित का नाम व हास्पित का नाम
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्पित 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्पित 2 
--	---