

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0618/0562

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/06/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

CHHOTE LAL RAM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

LATE MUKH LAL RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/A/H/2, MOTIHEEL LANE, TANGRA, KOLKATA, 700015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 16000 x 12 = 19,200/-

(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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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.	CHHOTE LAL RAM	59	M	SELF
2.	PUNAM DEVI RAM	50	F	WIFE
3.	AMIT KUMAR RAM	29	M	SON
4.	NANDINI RAM	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विनती 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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: सर्वेष्टेष्टा सर्वेष्टा

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का व्यय/विवरण या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एजन्सियों, दान, पाचक/पाक दूतों, उद्घरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोक्त है, स्वतः सहायता का हक्कादार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एजन्सियों, दान, पाचक/पाक दूतों, उद्घरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेखक के द्वारा या आलेखक के द्वारा

AGREEMENT by HOSPITAL (WATSON 228 400)

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.

इससे अधिकतर इच्छालुओं को और से साधनेवालों को "बोधिदा पादमंजरी" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हृदय (हृदयपाल) विष्णु प्रसाद से साधन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी साबकारी संस्था या किसी अन्य स्तरों से उठाए जा सकती है, बल्कि यह अपने "कोशिका फायरिंग" से निवारित/विनिवृत्त उठा के सम्बंध में "कोशिका फायरिंग" द्वारा गहरा होना है। यदि "कोशिका फायरिंग" द्वारा सहायता किसी अधिक/सकारण होना समझा जा सकती है तो सम्भवतः किसी अन्य भी साबकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि सम्भवतः द्वितीय गहरा उठाए जा सकती है किसी भी साबकारी संस्था या किसी अन्य स्तरों से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फायरिंग" से ही यह सहायता बंधन विहित प्रकृति की है। ऐसी या सम्भवतः द्वारा ही यह सहायता या बिना यह उठाया/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी ही सम्भवतः के बीच का निर्णय है और "कोशिका फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये सम्भवतः यह ऐसी के द्वारा सुरक्षा और अपने जाने की सभी विनिर्देशों ऐसी ही सम्भवतः की होती और "कोशिका" को कोई भविष्य या विनिर्देशों इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्वीकृती के लिए समन्वय

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/06/18	Dr. K. K. Ghosh MBBS, DGO, B. FRCS (Name of Dr. & Regtr. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	Shishu Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तफा अतिरिक्त अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफा 2	
		