

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0718/0796

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/08/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RABIN NAG

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

LATE MANORANTAN NAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

41C ROAD, KHARDAH, NORTH 24 PARGANAS,
700118, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 20000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	RABIN NAG	50	M	SELF
2.	SURLA NAG	46	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 वर्षे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS+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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सहित छुन चलेन नः

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र 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 रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउण्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण पत्र पेश है, उस दराज का आर्थिक या सामाजिक विकास किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कम्पनी से न हो सिया है और न ही भविष्य में सही।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DO NOT)

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर जहाँ हमारा या जहाँ की छाप लगाने, मैं (अर्पितकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पारोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रश्न में सीमित है, उसे "कोशिका" एप्लू न्यायी, दान, माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी इस माध्यम से प्रसारित करने में लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का बिना मेरे इलाज में पालने या कर में करने में लिख "कोशिका फाउंडेशन" न न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिना-ले कि सहायता में उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप्लू उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्कैरक के समतलता या अंगुली का विज्ञान

Rabin Nag

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर डॉ. के.के.)

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 अतिरिक्त, इलाखरी की ओर से सम्पले/लेरी को "कॉलिका प्यामेटोस" से निर्मित सहायक रंगु विभाजित की जाती है, जिसे इप (इम्पलस) विन्य प्रकाश से पृथक् व अलोक्य करने है।

1. यह कि न तो जीवन और न ही अर्थिक में विविध सहायता किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य तबले से उठा लेनीचालनी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से शिशुशिशुविधि उठा के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकारवाक्य हेतु समझ ली किप जाल है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संभव या किसी अन्य सम्पत्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उठा लेनीचालनी हेतु किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य सहाय से नहीं लेपाएली।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता संभव विविध प्रकृति की है। लेने या इसप्रकार द्वारा ही गई सहाय या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का सुचारु लेने एवं इसप्रकार में बीच का विवर है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नहीं है। इसलिये इसप्रकार में लेने के इरादा सुझा और जाने जाने की सही विनियमों लेने एवं इसप्रकार की लेने और "कॉलिका" को कोई प्रुमिका या विनियमों इस सफल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकुली जे लिपू संस्तुति

Date of Surgery

अभिज्ञान की, छाया

11/05/18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS

MBBS, MS

(Name of Doctor, Print Name) **Rev. No. 55127**

Surveys and Reports are available at the Learning Centre

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

यम व नद हसन्तान् अधिभक्त अधिकाणी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इन्द्राक्षर ३

Rich