

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/0718/0825 APPLICATION DATE : 12/07/18
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MAHADEB NARU AGE-YEARS 75 SEX M
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAJKUMAR NARU
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS DANGA BONHOGGELY SOUTH 24 PARGANAS,
700103, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. XXXXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का चिह्न लगाएं) 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.	MAHADEB NARU	75	M	SELF
2.	AJIT NARU	50	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विधि अपनाएं

BPL Card (Attach Card Copy) पीबीके कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही जमा करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये किसी 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 (SR 2710L)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अर्शेक द्वा प्रेक वः

- 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 प्रेक वः करत हूँ कि इस द्वाक में दिये गने वःके विवरण सैठे जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कपन अवगत सच नःक है तः सैठे सहायक निरस्त की जा सकसी है।
- 2) मैं द्वाक में सहायक दःक "कःशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जायेगा, जो इस द्वाक में प्रक गया है।
- 3) मैं पुष्टि करत हूँ कि कःशिका सहायक हेतु यह प्रश्नक की जा रही है, इस दःक का जःतिक वः सकल विवरण किसी अन्य प्रःदानस्थल/रोक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वा करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 द्वाक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने नाम की पुष्टि करत हूँ एवं "कःशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वाक में प्रेक है, उसे "कःशिका" एम्पु न्यासी, दान, सचकच द्वाक उद्देश्य से जुड़ो गःशिकीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सचन से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वाक का विवरण मेरे द्वाक में अपने या कर के करने के लिये "कःशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित है पुष्टे सचः सहायक का इस्तेमाल नहीं करत। इस प्रश्नक में "कःशिका" एम्पु उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सचककारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करत)

- 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 सचककारी के "कःशिका फाउन्डेशन" से निर्णय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निरूपण प्रक से सचन व सचीकर करत है।
- 1) यह कि न ले सचकच और न ही भविष्य में निर्णय सहायक किसी और सचककारी सचकच या किसी अन्य सचक से उक्त रःशिकीयों में ली जा से रहे है, जैसे कि हमने "कःशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सचन में "कःशिका फाउन्डेशन" द्वाक परत हेतु कि है। यदि "कःशिका फाउन्डेशन" द्वाक सहायक किसी जःतिक/सकल हेतु सचक नहीं किया जात है तो हमसकल किसी अन्य और सचककारी सचकच या किसी अन्य सचकच से सहायक लेने का अधिकृत सुरक्षित रहत है। इस पुष्टि में स्पष्ट करत जात है कि हमसकल द्वितीय परत उक्त रःशिकीयों हेतु किसी और सचककारी सचकच या किसी अन्य सचकच से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कःशिका फाउन्डेशन" से ली जा सहायक सचकच निर्णय प्रकृति की है। रःशिकीयों या हस्पताल द्वाक ही जा सहायक या किसे लने उपसकल/रःशिकीय का चुनाव लेगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कःशिका फाउन्डेशन" द्वाक किसी प्रकार का कोई सचन नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रःशिकीयों के सहायक सुरक्ष और लने लने की सही जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल की रःशिकीयों और "कःशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस सचन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सचीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अर्शेक की तारीख</p> <p>12/08/18</p>	<p>Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamps) हस्पताल की सचक व हस्ताक्षर व रःशिकी</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) सच व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	