

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

410918/1244

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/09/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ASHUTOSH MAJUMDER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

ABHAY CHANDRA MAJUMDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

59, KALIMATA COLONY, PARNABEE PALCY,
KOLKATA, 700060, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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.	ASHUTOSH MAJUMDER	85	M	SELF
2.	MAHABHAI MAJUMDER	46	M	NEPHEW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रेखा के साथ 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LICS + 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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

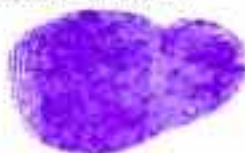
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में पता गया है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का कहीं-कहाँ से समस्त हिसाब किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का हस्ताक्षर)

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, जहाँ "कोशिका" एक व्यक्ति, राज, व्यवस्था द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सितने किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तन के पत्रों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्ष्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त: साक्ष्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध न्याताओं का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या छापे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

बुद्धि-समिपता, हस्तकलाओं की ओर से समझौतेवादी को "संविदात्मक साम्यवाद" से विविध साक्ष्यगत होत सिद्धांत की जाती है, जिसे इस (हस्तकला) विपक्ष प्रकार से समझ व समीक्षा करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संघपाल और न ही मंत्रिमंडल में विविध सहायक कक्षाएँ और शाखाएँ संघपाल या किसी अन्य स्तरों से उठाएँ/छोड़ाएँ/लेँ/देँ/लेँगी या लेँगे/देँगे/लेँगी/देँगी, जैसी कि इनमें "कोशिका फायनडेटर" से डिजिटल/डिजिटल उठाएँ के सम्बंध में "कोशिका फायनडेटर" द्वारा पद देना कि है। यदि "कोशिका फायनडेटर" द्वारा सहायक विनिर्देश/अधिकृत/सहायक देना मना नहीं किया जाता है तो संघपाल किसी अन्य और शाखाएँ संघपाल या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संघपाल द्वितीय पद उठाएँ/छोड़ाएँ/लेँ/देँ/लेँगी और शाखाएँ संघपाल या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेँगी।
2. "कोशिका फायनडेटर" से ही वह सहायक कोषा विनिर्देश प्रकृति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही वह सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रारंभ ऐसी एवं इसका कोषों का विषय है और "कोशिका फायनडेटर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसीलिए इसका भी ऐसी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसका भी ऐसी और "कोशिका" की कोई भी प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

म्युनिकली के लिए संस्कृति

Date of Surgery अर्पण को दर्ज 10/09/18	Dr. A. Kunder MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षेप अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यांकिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	