

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1018 11304

APPLICATION DATE: 02/10/18

NAME of APPLICANT: SUDARSHAN MAITY

AGE-YEARS 69

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KSHUDIRAM MAITY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: METATI PALLI, SHIBNAGAR, PATHAKPRATIMA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याई आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य सतान)

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
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.	SUDARSHAN MAITY	69	M	SELF
2.	BUKKINI MAITY	62	F	WIFE
3.	AMIT MAITY	40	M	SON
4.	AMITABHA MAITY	37	M	SON
5.	MANASH SINGH	35	F	DAUGHTER
6.	TAPASHI KHUNTIA	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विक्री का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिवेदन सूची 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 है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 योजक करता हूँ कि इस प्रारूप 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 दृढ़ता से सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से लो ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं योजक करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस प्रति का स्वतंत्रता या समकक्ष किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही यकीन में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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 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 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 को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, ट्रस्ट, प्रायोजक/ए द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सितने किसी भी प्रकार प्रकाश में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है जुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयुर्वेदक को दृढतादा या अंगुली का निगान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का कर्तव्य)

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.

हमारे अधिकांश इस्तेमाल की जाने वाली सामग्रियों की "बोतलका फाटने-टूटने" से निवृत्ति साधना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमपक्ष) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधित्त सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उक्त ऐंजि/एजेंसी में होने या हो गई है, नैसी कि इनमें "कोशिका काउन्डेशन" से निजालिहा/विहित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित प्रत्यक्ष है। इस भूषित में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय प्रदत्त उक्त ऐंजि/एजेंसी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से ही गैर सहायता केवल विधित्त प्रकृति की है। ऐंजी पर सम्पत्ति द्वारा ही गैर सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख ऐंजी एवं सम्पत्ति के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में ऐंजी के प्रत्यक्ष सुधार और आने जाने की जारी विनियमों ऐंजी एवं सम्पत्ति को होने और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/10/18		Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नंबर के साथ Research Centre		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वेश्वर हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वेश्वर हस्ताक्षर 2			
					