

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/11118/1575

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/11/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SUBAL HALDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

RAMKRISHNA HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBA MALIK DHAR KUMARSA CANNING
SOUTH 24 PARGANAS, 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 सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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.	SUBAL HALDAR	74	M	SELF
2.	DEBILA HALDAR	66	F	WIFE
3.	SUBARNA HALDAR	92	M	SON
4.	BAISAKHI HALDAR	34	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) कल्प 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 गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (IOL + 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 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 इससे घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं है, उस प्रति का अतिरिक्त या शकस्त हिसाब किसी अन्य दोहन/निरोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ)

- 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/pu/upt-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 इरादों या अंशों को साफ सफाया, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, चरित्र/चरित्र दलों उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और वित्तिय/वित्तिय के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण भी इसमें या पत्रों या कार 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 को कि सहायता को उद्देश्य से प्रशस्ति है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक के हातावर या हांठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना चाहिए)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अतिरिक्त, हमलवारी की ओर से मानव/पंथों की "बोशिका फाउन्डेसन" से विधिवत स्थापित हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमलवारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही सर्विय में विविध सहायक किलों पर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च रेटेड/चामले में होने या हो रहे हैं, जैसे कि अपने "कॉलिका फाउन्डेशन" से गिल्लरीश/विश्व उच्च के सम्बन्ध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्जित/सकल हेतु पन्ना नहीं किता जात है तो अस्पताल किसी अन्य पर चर्याको संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उच्च रेटेड/चामले हेतु किसी पर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से तो गुरु सहायक केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इन्फाल्ट द्वारा ही गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रेटेड एवं इन्फाल्ट के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किलों प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसविषे इन्फाल्ट में ऐसी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्फाल्ट की होगी और "कॉलिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहाबाद अधिव्यवस्थापक अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तफार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तफार 2
	