

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/1218/1702

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 04/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : TANKU KAR

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 48

SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : SATISH KAR



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास :
V3 NEEL MALIK COLONY, 10, DELHARUA, NORTH
24 PARGANAS, WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास :
AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : ₹ 15000/12 = 18000/-

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें) : Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ संबंध
1.	TANKU KAR	48	M	SELF
2.	PIJUSH KAR	45	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशम का प्रमाण पत्र (उपलब्धता की जांच की जाएगी)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पत्र (उपलब्धता की जांच की जाएगी)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (उपलब्धता की जांच की जाएगी)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / आरोग्य/प्रीस्क्रिप्शन से चर्चा की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - RP
2.	SURGERY - RP (SICOPOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए 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: (अर्थीक सहायता के लिए)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न के तहत मेरे सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई "कोशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की है, जो इस प्रश्न में उल्लेखित है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता के लिए मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बनाई है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक सहायता के लिए)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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.
- 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.
- इस प्रश्न पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ मैंने सहमत होकर, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

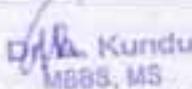
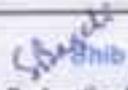
अर्थीक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वीकृत सहायता के लिए)

- 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:
- 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 source.
 - 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.
- इस प्रकार, यहाँ घोषणा करती हूँ कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रदान करने के लिए उत्तरदायी नहीं हैं।
- यह कि मैंने अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध नहीं किया है, क्योंकि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न में उल्लेखित उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस पर निर्भर नहीं करता है कि सहायता को कौन सा स्रोत प्रदान करता है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान करने के लिए सभी जिम्मेदारियाँ हमें ही हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तिथि</p> <p>11/10/18</p>	<p> Rupa Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अपेक्षा करने वाले डॉक्टर का नाम और मुद्रा</p>	<p> Shih Banker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अपेक्षा करने वाले हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग के लिए

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2</p>
