

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/1708

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RATAN CHANDRA KHAN

AGE-YEARS वय-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

UDAY KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

DANIGON, JAGA DISHPUR, DULAPUR, HOWRAH,
HISIL, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. प्रदाईं खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो घटक हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RATAN CHANDRA KHAN	62	M	SELF
2.	KRISHNA BAI	61	F	WIFE
3.	SHIB NATH KHAN	40	M	SON
4.	DEBASIS KHAN	38	M	SON
5.	SUCHITRA KHATUN	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SUGGERY - LE (SIC+104)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया पत्र हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं हो सके तो प्रपत्र निरस्त हो या रद्द हो।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ तो मैं, उसका उपयोग इस प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जो इस प्रपत्र में सत्य सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं करूँगा, उस भुगतान का अधिकार या भुगतान किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को प्रमाणित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और उपचारित करने के लिए किसी भी प्रकार का भुगतान से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रदान करने के लिए हैं, उनसे सहायता का इलाज नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने का स्वयं का उत्तरदायित्व नहीं है।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले सकेंगे जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अर्जित इससे अधिक सहायता के लिए कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी कारणवश नहीं दी जाती है तो हम स्वयं से सहायता ले सकते हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का इलाज प्रदान करने वाले हॉस्पिटल का चुनाव हमारे एवं हमारे हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे हॉस्पिटल में उपचार के लिए हमारे हॉस्पिटल के बीच और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>4/10/12</i>	<i>[Signature]</i> Dr. A. Kuridu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नं. एवं छाप	<i>[Signature]</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>