

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of the

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/1795

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

7/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BADAL CHANDRA
SAMANTA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

KESHAB SAMANTA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MAHESHPUR, KEDARPUR, SOUTH 24 PARGANAS,
741008, 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 संलग्न)

PAN No. आय का आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उक्त पर सही का चिह्न लगाएँ)

Yes/No

हाँ / 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 से सम्बन्ध
1.	BADAL CHANDRA SAMANTA	72	M	SELF
2.	SUBHANGI SAMANTA	32	F	WIFE
3.	SANJIB NATH SAMANTA	39	M	SON
4.	KARTICK SAMANTA	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित 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 भी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- I hereby declare 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह मदद ले रहा हूँ, इसका उपयोग मैं केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये करूँगा, जो इस प्रपत्र में बतलाना है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस मदद का लालिच या प्रत्याश किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं कर रहा हूँ और मैं भी इस मदद से मुक्ति

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

I, 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/republish 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने अधिकारों को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, उन्हीं "कोशिका" नाम, पता, फोटो एवं विवरण के माध्यम से मुझे धन/सहायता और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी इस सहमति को इसका मतलब है कि मैं अपने नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं ले रहा हूँ।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये हैं, उन्हें इस: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग अंतिम और अनिवार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



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:

- 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.
- 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.

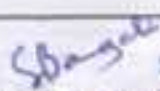
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निरा प्रपत्र से नाम व स्थिति बताने हैं।

- यह कि मैं या मेरा नाम और मैं ही भीमन में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु संपूर्ण नहीं मिल पाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिर्फ वित्तिय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।

- "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के प्रपत्र पर मैं या सहायता या विधि से उपचार/विधि का चुनाव रोगी एवं सहायता के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त या कोई सहायता नहीं है। इसलिए सहायता में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने अपने को सही विधि/विधि रोगी एवं सहायता की रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या विधि/विधि इस मामले में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षणी के निशान/सहमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/2/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पिन कोड	 Shish Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
