

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: K/1218/2111

APPLICATION DATE: 08/01/18

NAME of APPLICANT: GORACHAND DAS

AGE-YEARS 64

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HRISHIKESH DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 232 B/4 A.P.C. ROAD, SHYAMGADAR MAIL, KOLKATA, 700004, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. 7887 7887 7887

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)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 आपके से क्या संबंध
1	RAVIL CHAND DAS	64	M	SELF
2	SUNDARI DAS	58	F	WIFE
3	SAHIL DAS	28	M	SON
4	MANIKUPA DAS	26	F	DAUGHTER
5	ANURADHA RUDRA	25	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रेशा को, दोपहर 12 बजे तक (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Myopia - CATARACT - IP
2	Surgery - IP (Surgery)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे स्वयंसेवकता निवृत्ति का कारण बनूँगा।
- 2) मैं इस बात का समर्थन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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-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 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.

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 दस्तावेज़ पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयंसेवकता निवृत्ति का अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदार" को आवश्यकता पड़े पर मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिए प्रयोग कर सकते हैं, जिसके माध्यम से वे कोशिका फाउन्डेशन के लिए धन募集 कर सकते हैं और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैला सकते हैं। इस प्रकार मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग मेरी सहायता के लिए नहीं होगा। सहायता के प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउन्डेशन के भरोदारों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण के लिए सहायता माँग रहे हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँग रहे हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता माँग रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता माँगने के लिए दूसरे स्रोत से सहायता माँग सकते हैं। यह घोषणा करने का अर्थ है कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता माँगने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं है।

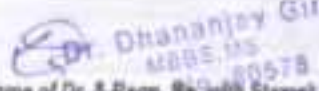
2. "कोशिका फाउन्डेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करता है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी कोशिका फाउन्डेशन से सहायता माँग रहा है या नहीं। कोशिका फाउन्डेशन को सहायता माँगने का कोई भी अधिकार नहीं है। इसलिए हस्पताल को सहायता माँगने का निर्णय लेना होगा और कोशिका फाउन्डेशन को सहायता माँगने का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संकेत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

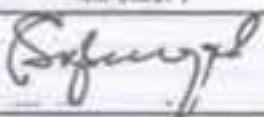
20/01/18


Dhananjay Giri
MBBS, MS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ मुहर


Shih Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम, पद और हस्ताक्षर के लिए अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक 2

