

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : 4/12/18/2/27

अर्पण संख्या :

APPLICATION DATE : 20/10/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUDARSHAN SAHA

आवेदन का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

HARILAL SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

42B, JOY KUTRA STREET, HATKOLA, KOLKATA, 700005, 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 करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पक्ष चिह्नित करें)

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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	SUDARSHAN SAHA	66	M	SELF
2.	HARILAL SAHA	82	F	WIFE
3.	SHILPA SAHA	20	F	DAUGHTER
4.	PIYALI SAHA	16	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के संकेत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और 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 किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SUCCEFUL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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 बनाने के लिए झूठ बोलना पड़ेगा तो मैं कोशिका फाउंडेशन को यह पता चलेगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की मदद लेऊँगी और न ही किसी भी रूप में।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/put-up/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को सहमत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये, उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता मांगी जा रही है, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/सफलताओं के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रपत्र पर मेरे विवरण का प्रयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पक) इससे सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा प्रयोग करने के लिए कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों को सहायता देने का अधिकार नहीं होगा। इस सहायता को देने या न देने का निर्णय कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा ही लिया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

Swarna Saha

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.

हमने स्वीकार किया है, हमारे पास अभी या भविष्य में कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु किसी भी रोगी के लिए, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता के लिए प्रस्तावित कर रहे हैं, कोशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, जिसके लिए हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

- 1) यह कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए प्रस्तावित कर रहे हैं, कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांग रहे हैं, जिसके लिए हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया जो हॉस्पिटल द्वारा रोगी को प्रस्तावित की जाती है, रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करती है और कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रभावित नहीं होती है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उसके परिणाम और सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ स्टैम्प	(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और हस्ताक्षर
20/12/18	Dr. Mananji Gili MBBS, MS 60578 Koshika Foundation	Shib Sankar Bagchi Director

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2
<i>Swarna Saha</i>	<i>Shib Sankar Bagchi</i>