

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/2138

APPLICATION DATE : 21/12/18

NAME of APPLICANT : HARSA BARTHAN SEN

AGE-YEARS : 61

SEX : M.

FATHER/SPOUSE'S NAME : GORA SEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : संपन्न आवासीय पता

SUKH TALA BANGA ANGEAL
KORATH WY DURGAMCHAS WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AC ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED.

MAJURED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

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

PAN No. : 1234 5678 9010

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	HARSA BARTHAN SEN	61	M	SELF
2.	GORA SEN	49	F	WIFE
3.	SADYARI SEN	24	F	DAUGHTER
4.	PUNYA SEN	23	F	DAUGHTER
5.	LEKHA SEN	12	F	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 गरीबी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT L.R.
2.	SURGICAL - L.R. (SUGAR)

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 उसी गरीबी सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 उसे ग्राहक विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का यकीन दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रकरण हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या तो पूर्ण रूप से या तो आंशिक रूप से मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, दूरदर्शन एवं इंटरनेट से मुझे संबंधित और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका विवरण भी इस प्रकार से प्रकाशित करने का हक मेरे पास है कि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कबھی भी ट्रस्टियों के अधिकार है मुझे मदद। कबھی भी इसका हकदार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे 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:
- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं, हमारे द्वारा हस्ताक्षरित, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का हकदार हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये माँगा है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं मिलती, तो हमें अपने शेष वित्तीय सहायता को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार हमें वित्तीय सहायता प्राप्त करने का हक है कि हमें वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये माँगा है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलती है, वह केवल वित्तीय है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के उपचार और उसकी सुरक्षा का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O, DNB, FRCS
Reg. No.-50971
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का पता

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम व पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2