

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2352

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

JIBAN ROY

AGE-YEARS मासु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

GIHARI ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

4 BASANTI COLONY, 103 U-TADANGA MARKET ROAD, KOLKATA 700067, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1600 x 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	JIBAN ROY	57	M	SELF
2.	LURNEETA ROY	49	F	WIFE
3.	KAJESH ROY	26	M	SON
4.	SWEETIE ROY	24	F	DAUGHTER
5.	SHRINIMITA ROY	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विपत्ती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 शी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत ढीरत ढरः)

- 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) मै ढीरत ढरः हूँ कि इस ढरः में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ढरः अलग ढरः ढरः है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मै इस ढरः में सहायता दिये "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित ढरः में दिये विवरण के अनुसार, जो इस ढरः में ढरः ढरः है।
- 3) मै पुष्टि ढरः हूँ कि मैं सहायता हेतु यह ढरः की नहीं है, उस ढरः का अतिरिक्त या अलग दिये विवरण के अनुसार सहायता/रोक/ढीरत ढरः से न ली जाये और न ही ढीरत में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत करत)

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/print-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 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 ढरः या अर्शेक इतकर या अर्शेक की सहायता, मै (अर्शेक) अपनी सहायता की पुष्टि ढरः हूँ एवं "कौशिका फाउन्डेशन और उसके ढरः" को अधिकृत ढरः हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस ढरः में ढीरत हैं, उसे "कौशिका" ढरः, पता, फोटो एवं विवरण द्वारा ढरः से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के दिये विवरण में उल्लेख करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे ढरः का विवरण मेरी सहायता के ढरः या ढरः के ढरः के लिए "कौशिका फाउन्डेशन" में ढरः अधिकृत है।
- 2) मै (अर्शेक) इस ढरः में सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे सहायता के ढरः में ढीरत हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस ढरः में "कौशिका" ढरः उसके ढरः का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के इतकर या अर्शेक का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (इतकर इत करत)**

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:

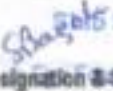
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इतकर अधिकृत, इतकर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (इतकर) निम्न ढरः से ढरः न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में सिफारिश सहायता बिना किसी ढरः सहायता के बिना अन्य ढरः से उक्त ढरः/ढरः में ली जाये, जैसे कि हमने "कौशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिना उक्त के सहायता में "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा ढरः हेतु कि है। यदि "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अतिरिक्त/अलग हेतु ढरः की जाये तो सहायता बिना अन्य ढरः सहायता के बिना अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट ढरः है कि सहायता सिफारिश ढरः उक्त ढरः/ढरः हेतु बिना किसी ढरः सहायता के बिना अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
2. "कौशिका फाउन्डेशन" से ली जाये सहायता केवल वित्तीय ढरः है। ढरः या इतकर द्वारा दी जाये सहायता या बिना गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ढरः एवं इतकर के बीच का निर्णय है और "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी ढरः का कोई ढरः नहीं है। इसीलिए इतकर में ढरः के इतकर सुझाव और ढरः के ढरः की सही निर्णय हेतु एवं इतकर की ढरः और "कौशिका" की कोई ढरः या निर्णय इस ढरः में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery अर्शेक की तारीख 08-01-2019	 Ananya Das MBBS, MS No. 89372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सहायता के लिए इतकर के ढरः	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम न पर इतकर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शेक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इतकर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इतकर 2
