

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2360

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RAMBUJARAT YADAV

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

R. S. YADAV

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

12/1/A, SATTA SEN SARANI (MAHAKALAH
MAIN ROAD) KOLKATA 700054 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1600 x 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RAMBUJARAT YADAV	64	M	SELF
2.	MINORIT DEVI YADAV	54	F	WIFE
3.	PARSHU KUMAR YADAV	35	M	SON
4.	PRATY YADAV	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के दोबरे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विवरी 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 (SICUTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस 'बोडिका फाउंडेशन' से सहायता का उद्देश्य, उल्लेख उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवधि को नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अधिकतम या कम से कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

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/post-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 प्रश्न में मैंने इसका मतलब है कि मैं (अर्शिका) अपने नाम, पता, फोटो और 'उद्देश्य' के बारे में जानकारी को 'अर्शिका फाउंडेशन' और इसके ट्रस्टियों को उपयोग करने के लिए दे रहा हूँ, जिससे वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए उपयोग कर सकते हैं, जैसे कि 'अर्शिका फाउंडेशन' के माध्यम से धन募集 और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए उपयोग है। मेरी इस जानकारी के द्वारा मैंने यह भी स्वीकार किया है कि 'अर्शिका फाउंडेशन' मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के लिए उपयोग कर सकता है, जो कि मेरे 'उद्देश्य' के पूर्ण होने से पहले या बाद में हो सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को 'अर्शिका फाउंडेशन' के ट्रस्टियों के द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है, जो कि मेरे 'उद्देश्य' के पूर्ण होने से पहले या बाद में हो सकता है। इस संबंध में 'अर्शिका फाउंडेशन' अपने ट्रस्टियों के विवेक और निर्णय के अधीन रहेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के इसका या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)

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.

इससे अर्शिका, हॉस्पिटल को और से फाइनेंसिंग को 'अर्शिका फाउंडेशन' से विवेक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवेक सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने 'अर्शिका फाउंडेशन' से सिफारिश/किसी उठा लेने का सत्य व 'अर्शिका फाउंडेशन' द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि 'अर्शिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता विवेक अधिकतम/कम से कम या नही मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल विवेक पर उठा लेनी/पाने हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/पाने।

2. 'अर्शिका फाउंडेशन' से लेनी/पाने सहायता केवल विवेक प्रकृति की है। उद्देश्य या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उद्देश्य/प्रक्रिया का सुचारु रूप से हॉस्पिटल को चलाया जा रहा है और 'अर्शिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में उद्देश्य के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की जाती है कि उद्देश्य उद्देश्य की पूर्ति और 'अर्शिका फाउंडेशन' को कोई सुविधा या बिम्बेण्टी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08-01-2019

Dr. Arghya Das
MBBS, MS
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व इसका पता

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अर्शिका फाउंडेशन 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अर्शिका फाउंडेशन 2

[Signature]