

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 / उम्र-वर्ष: **64** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **R. S. YADAV**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **123/A, SATTI SEN SARANI (MAYEKTAJI MAIN ROAD) KOLKATA 70054 WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **— AS ABOVE —**



OCCUPATION / व्यवसाय: **CONTRACT LABOURER** MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS. 1600 x 12 = 19200/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / PAN संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / 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.	MAHARAJ DEVI YADAV	57	F	WIFE
3.	PARSHU KUMAR YADAV	35	M	SON
4.	PRITY YADAV	31	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

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

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 / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को अत्यंत गंभीरता "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त किया है और मैं इस सहायता के लिए नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

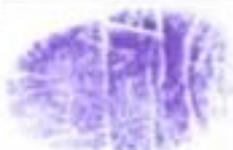
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (अर्शक) अपने नाम और पता, चित्र, चरित्र/व्यक्तिगत विवरण और "उद्देश्य" के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को उपयोग करने का अधिकार देता हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण इस उद्देश्य के लिए हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया गया है, और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया गया है, जो "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता हेतु या भविष्य में प्राप्त किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्य के लिए उपयोग करने का अधिकार है। इस प्रकार, सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के लिए अंशिक और पूर्णतः सहायता दी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

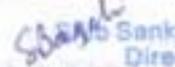
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is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

इसमें अधिष्ठित, हस्ताक्षर की और से "कोशिका फाउंडेशन" को सिद्ध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता प्रदान करने के लिए।

- 1) यह कि मैं या मेरे अधिकारी और मैं इस सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश/सिद्धि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया गया है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया गया है, जो "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता हेतु या भविष्य में प्राप्त किया जा सकता है।
- 2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता से किसे लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08-01-2019	 Dr. Arghya Das MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम से हस्ताक्षर के साथ Research Centre	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिष्ठित अधिष्ठाता
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासे हस्ताक्षर 2
