

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2300
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BIGAY BAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 75
वर्ष

SEX 4.
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIMNATH BAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

GHATE PARA, UTTAR GHOSHPOUR, KALIMANGAR,
SANDESHKHALE, NORTH 24 PARGANAS, 743462
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— HS ABAYE —



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BIGAY BAR	75	M	SELF
2.	PREMIMA BAR	68	F	WIFE
3.	CHITTA BAR	42	M	SON
4.	SUNIT BAR	40	M	SON
5.	ALOKA BAR	39	F	DAUGHTER
6.	KRATTA GUPTA	34	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नौबत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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:

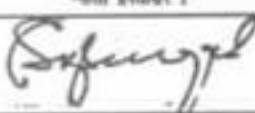
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
1.	THAGNARIS - CATARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (SKIS + LCL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात की घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं अपने सहायता हेतु मांगे गए व्यय को नहीं, उस उद्देश्य के अतिरिक्त या सहायता प्राप्त करने के बाद किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो रिफंड करूँगा और न ही बीमा में दावा करूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर को प्रमाणित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉन, वाचनालय एवं इंटरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात की घोषणा कर रहा हूँ कि सहायता के प्रदान के पक्ष या खर के पक्ष के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्रदान की जाएगी। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रसारित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण) 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. इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इसके (हस्पताल) अपने प्रचार से नाम व स्वीकार्य करते हैं। 1) यह कि न तो अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पाने की कोशिश की जाएगी, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु पाने की कोशिश की जाएगी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाणित करने के लिए कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान उठा लेनी/पाने की कोशिश की जाएगी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के चिकित्सक का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही विनियमों को एवं हस्पताल की हॉस्टल और "कोशिका" को कोई भी प्रतिकार या निवेदन इस मामले में नहीं होगा।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.01.2019	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Eye) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, व
Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 