

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0119/2427		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10/01/19	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम ATUL CHANDRA DUTTA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम HIRALAL DUTTA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता HARIDWAR, ASHOKENAGAR, KALYANAGAR NORTH 54, PHEGANAR 745225, WEST BANGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -			
OCCUPATION : व्यवसाय UNEMPLOYED.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. ☒ हाई सलाह संलग्न			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं ☒			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	ATUL CHANDRA DUTTA	62	M
2.	RAJNITA DUTTA	50	F
3.	SUKUNDA DUTTA	27	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
WIFE			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	
Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.		
2.	SURGERY - L. (SUCCESSFUL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा कर):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य अथवा सही है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से ही वाच्य हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रकरण भी नहीं हूँ, उस दान या व्ययिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बिमा कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर):

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/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 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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका" द्वारा न्यासीय, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और उपचारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या पत्रों के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जाएगा।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उपचारित से प्रकाशित की जा सकती है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मालिक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माँगा जा रहा है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा विचार है कि सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और गंभीर रूप से जारी रियेक्टिव रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/01/19	D. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Hosp. Eye Foundation & Research Centre) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
	