

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2498

APPLICATION DATE: 14.01.2019

NAME of APPLICANT: AKSHAY HALDAR

AGE-YEARS: 55

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SARAT HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

ANIL SARDAR PARA, CHAKHABADIA, BASANTI
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: RICKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1700 x 12 = 20400/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. प्राप्त होता है/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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.	AKSHAY HALDAR	55	M	SELF
2.	SARATI HALDAR	43	F	WIFE
3.	SUJIT HALDAR	21	M	SON
4.	PRASENJEET HALDAR	18	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

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 एवं प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: जॉन्स डी शेनल एच

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True in 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 कबत हूँ कि इस प्रकल्प में मुझे पैसे नहीं मिलना मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई मिलान एवं भ्रमन आसान पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यापित करती हूँ कि "शैक्षिक प्रशिक्षण", जो लेने का सही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकल्प में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्येक की राई है, उस राशि का शैक्षिक या स्वास्थ्य दिशा किसी अन्य फंडोनिगेशन/व्यक्तिगत मददगी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless otherwise noted)

- 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 द्वारा या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं जिसका इस द्वारा मैं अधिकृत हूँ, इसे "कोशिका" एवम् भरोसे, घर, आचरण के द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी माध्यम के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या सहमत होने के बाद मैं सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जिसका मैं सहमत हूँ कि उद्देश्य से मुझे सहमत है उद्देश्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भरोसे भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

...and the ...



AGREEMENT by HOSPITAL (HAF001 DU 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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.

इसके अतिरिक्त, इसकापरी की ओर से गणपतेश्वरी की "कलिका" "कामन्देश्वरी" से मिलित सम्पत्ति हेतु विवादित भी जाती है, जिसे इन (इन्फान्ट) चिन इसका से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि पं. जे. लॉरेंस और पं. डी. गविलिय ने विभिन्न सभासक्त किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उक्त टेलीफोनले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "बोलिंगा पायनोडोल" से निष्काशित/किये उक्त से सम्बंध में "बोलिंगा पायनोडोल" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "बोलिंगा पायनोडोल" द्वारा सभासक्त किसी अधिकृत/अन्य हेतु पत्रों को भिज जाता है तो सम्बंधित किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्स्थापन से सभासक्त लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बंधित विभिन्न पत्र उक्त टेलीफोनले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "बोलिंगा पायनोडोल" से लेने एवं सभासक्त केवल विभिन्न प्रकृति की है। लेने या सम्बंधित द्वारा ही यह साबित या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रथम लेने एवं सम्बंधित से लेने का विवरण है और "बोलिंगा पायनोडोल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसीलिए सम्बंधित में लेने को इसका प्रमाण और अपने अपने को सही दिखाने/लेने एवं सम्बंधित को लेने और "बोलिंगा" को कोई भी प्रकार या किसी/दोनों इस मामले में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वाध्यायी के लिए संकल्प

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 14-01-2019	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व एन. नं.	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाख 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाख 2
	