

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2510

APPLICATION DATE: 14.01.2019

NAME of APPLICANT: CHANDE CHARAN DAN

AGE-YEARS 56

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BADAL DAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

TILWAL, SHANTARA, PATTERNA, 722153 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 x 12 = 18000

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

PAN No. 5444 5444

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

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 संबंध
1.	CHANDE CHARAN DAN	56	M	SELF
2.	OSHA RAJUL DAN	44	F	WIFE
3.	RAHUL DAN	23	M	SON
4.	PALLABI DANI	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विनति 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 (CICSTALOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **जयदेव दत्त शर्मा या:**

- 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 कबल दूँ 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 प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ले आशय पर प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल दूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का खर्च किसी या प्रत्यक्ष विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above gov unit)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to publish/put-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 का उत्तर इसप्रकार या अंशों की रूप ले सकता है, मैं (अर्धेन्द्रक) अपनी सख्ती की मुक्ति करता हूँ एवं "बौद्धिक पराधीनता और उसकी ग्यातीय" को अतिवृद्ध करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "बौद्धिक" एवं ग्याती, एवं, साक्षरता एवं उद्देश्य से मुझे निमित्तित्व और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार सम्भव से प्रसारित करने को लिए अतिवृद्ध है। ये प्रश्न का विवरण मैं इसलिये करते या कर के करने को लिए "बौद्धिक पराधीनता" व ग्याती अतिवृद्ध है।
- 2) मैं (अर्धेन्द्रक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "बौद्धिक" एवं उसकी ग्यातीय का निमित्त अतिवृद्ध और सम्भवकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ordine di guerra in altre us forme



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IT WOULD)

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.

हवाई अड्डा, इलाहाबाद की ओर से मथुरा/दोली की "बेसिका कार्गो" से विविध सामान हेतु निर्यात की जाती है, जिसे इन (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो सर्वोच्च और न ही अधिकतम में स्थित न्यायालय किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उच्च लेनी/पगारों में लेने या ले पाएँ हैं, जैसी कि इनमें "कोलिका पायानेरा" लिमिटेड/किसी उच्च को संस्थान में "कोलिका पायानेरा" द्वारा मरदें हेतु कि है। यदि "कोलिका पायानेरा" द्वारा संस्थान किसी अधिकार/समस्त हेतु मरदें नहीं किया जाता है तो संस्थान किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से संस्थान लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थान द्वितीय मरदें उच्च लेनी/पगारों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेनी/पगारों।
2. "कोलिका पायानेरा" से लेनी/पगारों संस्था विधि प्रकृति की है। लेनी/पगारों द्वारा ही यह संस्था या विधि लेनी/पगारों/विधि का मुख्य लेनी/पगारों एवं संस्थान को लेनी/पगारों है और "कोलिका पायानेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसीलिए संस्थान में लेनी/पगारों द्वारा मरदें सुरक्षा और अन्य लेनी/पगारों की सभी विनियमों लेनी/पगारों एवं संस्थान को लेनी/पगारों "कोलिका" को कोई अधिकार या विनियमों इस मरदें में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्दीकाली के लिए संस्कार

Date of Surgery ऑपरेशन 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 रजि. नं.	 Shish Senkar Bagchi Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	