

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2582

APPLICATION DATE: 17.01.2019

NAME of APPLICANT: SAMOHU DAS

AGE-YEARS अनु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME: HARENDRA CHANDRA DAS

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

2/A SANKARAPUR AVENUE, SURVEY PARK, KOLKATA 700075, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS- 1600 x 12 = 19200/-

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आपका आय कर दाता हैं (जो लागू 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 संबंध
1.	SAMOHU DAS	67	M	SELF
2.	GOURL DAS	61	F	WIFE
3.	SUCHISMITA DAS	37	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CONTRACT - LE
2.	SURGICAL - LE (STITCHING)

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 सी 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन दूँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद की मांग नहीं करूँगा, जो कि भविष्य में भी, इस मदद का अंश या पूर्ण अंश, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो मदद मिलेगी है और न ही यह मदद किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्बन्धी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी गई मदद के लिए है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मेरी मदद मांग सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है, जो कि मेरी सहायता के लिए है, जो कि मेरी सहायता के लिए है, जो कि मेरी सहायता के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की 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 ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निधि सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निधि सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है तो हम सहायता निधि सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु सिफारिश करने वाले रोगी/रोगी के सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संगठन निधि सहायता की है। रोगी का हस्ताक्षर इस पर नहीं लगाया जा सकता है कि वे सहायता संगठन का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने अपने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियंत्रण की तारीख 17-01-2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS (OPHTH) (Name of Op. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर एवं नाम (उपनाम) के साथ मुद्रा	Dr. Banker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जब व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2