

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2687

APPLICATION DATE: 21/01/19

NAME of APPLICANT: SHYAM KUMAR SINGH

AGE-YEARS 58

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KAILASH SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

MG ROAD TITAGARH SIDDHESHWARNATH BANGALUR
BARACK PUR-1 NORTH 24 PARAGANAS 700117
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: SECURITY GUARD

MARRIED (विपरीत) / UNMARRIED (अविपरीत)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1500 x 12 = 18000/-

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

PAN No. 1945 1234 5678

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHYAM KUMAR SINGH	58	M	SELF
2.	SANGITA DEVI	46	F	WIFE
3.	MEHA KUMARI SINGH	23	F	DAUGHTER
4.	SUMIT KUMAR SINGH	20	M	SON
5.	MANISHA KUMARI SINGH	16	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेश के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य मिलेगा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STC'S + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी लक्ष्य के लिये प्राप्त राशि
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदन दाता की घोषणा:**

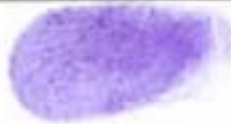
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य प्रमाणित नहीं होता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं स्पष्ट रूप से प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गद्य किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रार्थना से प्राप्त की राशि, या इस राशि का आंशिक या संपूर्ण प्रयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above prc wot)

- 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/print-upreproduce 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 ज्ञान इच्छता या अंग्रेजी की उच्च समझ, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एपन नामों, ठेका, साधक/क द्वारा उद्घोष से मुझे सीखिदिई और उपलब्धिमें से मिले बिना मेरे उद्घात नाम से प्रकाश करने से शिष्ट अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद से करने से शिष्ट "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे कि सहायता के उद्घोष से प्रकाश है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" एपन उद्घोष भरोसे का निर्णय अधिक और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਰੋਤ: ਡਾ. ਹਰਜੋਤ ਸਿੰਘ



AGREEMENT by HOSPITAL. (बिनास्पृह सह)

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 this matter.

इससे अधिकतर इलाकों की ओर से मतदान/पेले की "कोशिका प्रत्यक्षता" से निमित्त प्रत्यक्षता से निमित्त भी जाती है, जिसे इन (इलाकों) निमित्त प्रकार से मान्य व प्रतीक करते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उक्त टेलीफोनल में ली जा रहे हैं, जैसे कि इनने "बर्तमान फायरेंडर" से रिक्वायर्ड/निर्दिष्ट उक्त में सम्बंध में "बर्तमान फायरेंडर" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "बर्तमान फायरेंडर" द्वारा साक्ष्यता किसी अधिकृत/अन्य हेतु गन्तु नहीं किया जाता है तो अनपेक्षित किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्यता से साक्ष्यता लेने का अधिकृत सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनपेक्षित द्वितीय गहर उक्त टेलीफोनल हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेना/लेगी।
2. "बर्तमान फायरेंडर" से ली गई साक्ष्यता केवल विविध इच्छा की है। लेने या इच्छाता द्वारा ही नहीं जाता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु टेली एवं इच्छाता को बीच का विषय है और "बर्तमान फायरेंडर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इच्छाता में लेने को इच्छा सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं इच्छाता की होगी और "बर्तमान" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्वीकृत्य के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंतिम की तिथि 21/04/19	 Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Doctor with Stamp)	 Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकेअंतर्गत अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	