

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/0019/1423APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 2/9/19NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम PANCHU GOPAL BAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष 58

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम RAKHAL BAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HENCHAKHAL, NEKARZOHATA, CANNINGI, SOUTH
24 PARGANAS 743322, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय RS 18000 X 12 = 216000(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राज है (जो मान्य 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 से क्या संबंध
1.	PANCHU GOPAL BAR	58	M	SELF
2.	BEENA BAR	52	F	WIFE
3.	SUMEN BAR	23	M	SON
4.	SUSOMY BAR	23	M	SON
5.	CHANDAN BAR	24	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (3 ICS + IOL)

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 जहाँ

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का

- 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 यह कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।

2) मैं यहाँ पर सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ तो मैं यह सही है, इसका उपयोग करने के लिए मेरी पुष्टि के बिना किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता दिया गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैंने इस सहायक हेतु पत्र प्रारूप को नहीं है, उस राशि का वापस करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर जहाँ हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साफ़का, मैं (अर्पणक) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके म्वाली" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एजन्स म्वाली, दल, फाउन्डेशन द्वारा प्रचार से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को दिले बिना ये द्वारा सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व म्वाली अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन को प्रचारियों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्स उसके म्वालीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2000)

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.

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवि सामान्य किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-माल्टे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिवि/विधिवि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य विधिवि अधिनियम/समझौते हेतु मंजूर गयी विधि बात है तो अगला किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्राप्त लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विधिवि मंदर उक्त ऐंटी-माल्टे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉरिंथिया फ़ाउन्डेशन" से लेई गई छायाचित्र संभवतः विविध प्रकृति की हैं। ऐसी या हमसाल छत्र की गई छलछ या किये गये उपकारप्रक्रिया का प्रभाव ऐसी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कॉरिंथिया फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हमसाल में ऐसी को इतना भुगतान और अपने जाने की सारी विन्योदगी ऐसी एवं हमसाल की होनी और "कॉरिंथिया" को कोई भुमिका या विन्योदगी इस मामले में नहीं होती।

Shub Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 2/9/19	Dr. Atok Agarwal MBBS, MS, PhD (Eye), FMRP, FSNec Reg. No. - 58668 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Signature of the Surgeon)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षेप अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी राजधरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इलाहा 2

Exchanged

Rich