

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/0910/1437

APPLICATION DATE : 2/9/19

NAME of APPLICANT : KAMAL PORE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PANCHANAN PORE

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DUBAIBHARI KATACHA, HOCCHALI 712403, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION : HOMEMAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 1600 X 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या साक्ष्य संलग्न

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

क्या आप आय का राज है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ।)

Yes / No

हाँ / 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.	KAMAL PORE	51	F	SELF
2.	PANCHANAN PORE	28	M	SON
3.	KORSHA PORE	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविजन भूषी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SICS + 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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस सहायता के उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी छवि और विवरणों को प्रकाशित करने के लिए। इस प्रारूप पर मेरी सहायता के उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में सहायता।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी भी सहायता के अतिरिक्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट गया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संज्ञापित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 21/01/19	Dr. Atok Agarwal MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNEC Reg. No.-58668 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--