

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/09/19/1500 APPLICATION DATE: 5/9/19

NAME of APPLICANT: TAPAN LALA AGE-YEARS अनु-वर्ष 47 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LALJI LALA पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
3, KANKURGACHI ROAD, KOLKATA 700054, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
- AS ABOVE -

OCCUPATION: SECURITY GUARD MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200 (Attach Proof of Income) (अप या साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	TAPAN LALA	47	M	SELF
2.	MINA LALA	45	F	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किति 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) उदभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवमाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 किाी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अथवा सत्य ज्ञात है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं मदद करूँगा, जो कि मेरी मदद के लिए ही है, जिसका उपयोग मैंने उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने किसी भी अन्य सहायता के लिए मदद प्रारूप को नहीं भेजा है, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या सहायता विवरण के अतिरिक्त अन्य सहायता/रोक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEING TO WORK)

- 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इस प्रकार या अंतर्गत की छान लानाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्षित है, उसे "कोशिका" एम्पू भ्राता, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और जानकारी को दिले किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रोक्षित है जुड़े सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्पू भ्राताओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक के हस्ताक्षर वा अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (WFSHR ID# 4601)

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 अधिनियमों में विधिवि सामान्य किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त छोटी/मध्यमों में होने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिफा काउन्सिल" से डिजिटल/विशेष उद्देश्य के सम्बंध में "कोरिफा काउन्सिल" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोरिफा काउन्सिल" द्वारा उद्देश्य विधिवि अतिरिक्त/समर्थन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अल्पमत किसी अन्य भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य सम्बन्धन से उद्देश्य होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत विशेष मंदर उक्त छोटी/मध्यमों हेतु किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं छोटी/मध्यमों।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संछुति

Shib Sankar Bagchi

01/2010

Secretariat Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसमहाल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Arunava Bandyopadhyay

ME 33 MS

Reg. No. 59300

Supplies of Dr. A. F. Smith, Norwalk, Conn.

डाक्टर का नाम से हाताक्षर से पुनः न

57 9119

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गान्धीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

महोदय !

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम २

Rich