

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या : K/0019/1591

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 09/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

JASHODA SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

NETAJ SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KANPARZYA, PASCHIMPARA, BISHUPUR, HASNABAD,
NORTH 24 PARGANAS 743435, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 2000 X 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
1.	JASHODA SARDAR	71	F	SELF
2.	SANTO BANJAN SARDAR	43	M	SON
3.	CHITTARANJAN SARDAR	40	M	SON
4.	MALATI DAS	45	F	DAUGHTER
5.	DEBALI DAS	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गणनी रैखा 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) उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (3/12/18)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 सहायता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और नाम का प्रयोग करूँगा कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से वितरित करने के लिए उपयोग करें। इसका उपयोग करने से पहले या बाद में मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जावेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्राप्त करने के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए उपयोग करने से मैं स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे संस्थान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा निष्कर्ष अलग है। सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता का निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित है। इस प्रकार रोगी और मैं दोनों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/01/19	Dr. Atul Agarwal MBBS, MS, PhD (Eye), FRCR, FRCO, FRCO (SNEC) Reg. No. - 60000 Atul Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Dr. Sankar Banerjee Director Atul Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	