

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0919/1603

APPLICATION DATE: 10/9/19

NAME of APPLICANT: KEBAL DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

46

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHYAMAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

75 SABAJIT MAHAL, ORDERLY BAZAR, BARACKPORE,
NORTH 24 PARGANAS 700120, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (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 के साथ सम्बन्ध
1.	KEBAL DAS	46	M	SELF
2.	SHYAM DAS	42	F	WIFE
3.	RUBAI DAS	18	M	SON
4.	AINA DAS	15	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SLCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन श्रेयस राखः

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व कथन अनुसार सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या सहायता के माध्यम से, इस राशि का वापस या समतुल्य किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (30/11/16 17:00 16/01/17)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रश्न पर जल्ने हस्ताक्षर या अंगुली छाप साधक/र, मैं (अर्पदेक) अगरी साधक/र को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, फायदा प्राप्त करने के लिये प्रचारित और प्रसारित करने के लिये प्रयोग कर सकें। इस प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पदेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साधक/र के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे स्वतः साहाय्य का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL (बिगुलन ह्यु कल)

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.

हमने अधिपूत्र, इसाथरी की ओर से यथावेलेकी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यन्त्र व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व हो यथावेले और व हो अधिपूत्र में विविध सहायता किसी गैर सहायरी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी में सेने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त से सम्भव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य गैर सहायरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता सेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी गैर सहायरी संस्था या किसी अन्य संपन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गाँ सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी या इस्पताल द्वारा दो याँ साइड या बिने गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इस्पताल से बीच या बिना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इतिनिम्न इस्पताल में ऐसी से इलाज सुझा और अपने जाने की सारी बिन्नेपरी ऐसी एवं इस्पताल को होनी और "कोशिका" को कोई चुनिका या बिन्नेपरी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
સ્વીકૃતી માટે સંસ્થા

Date of Surgery अर्जेशन की तारीख 10/01/20	 Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 Director Tinsul Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमसल अतिथित अतिथित
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रधर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रधर 2
	