

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1010/1691 APPLICATION DATE : 11/10/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PREMANANDA MAJUMDAR AGE-YEARS उम्र-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 64 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ANANTA
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
PART NO 166, RAMNAGAR, BONGAON, NORTH
24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
— AS ABOVE —



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (दियाईल) / UNMARRIED (अदियाईल)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600X12 = 19200 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सर्वो खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावें) 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.	PREMANANDA MAJUMDAR	64	M	SELF
2.	DEBARANI MAJUMDAR	33	F	WIFE
3.	SIPANKAR MAJUMDAR	30	M	SON
4.	DEBRATO MAJUMDAR	26	M	SON

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

DPL Card (Attach Card Copy) गटौती रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा 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.	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 लिये 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: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
 - 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.
 - 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अत्यावश्यक मात्रा में मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग उद्योग को पूर्णतः करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस धन का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सपकाकर, मैं (आवेदक) अग्रे सूचीय की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिभूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करेंगे, उन्हे "कोशिका" एवं "उद्देश्य", इन, पत्रकारिता द्वारा उद्देश्य से सुशी प्रतिबन्धित और उपलब्धियों को लिये किया जायेगा।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से अग्रे अधिभूत है।
 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका" एवं "उद्देश्य" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोजगार को "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 सकारात्मक संस्करण या किसी अन्य स्रोत से उन्हे उपलब्ध/प्राप्त में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्हे के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अपलब्ध हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान उन्हे सहायता हेतु किसी भी सकारात्मक संस्करण या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही पूर्ण सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हे पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किये गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोजगार एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उन्हे के हलाक सुख और जाने जाने की जाती निम्नोन्गी रोजगार एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तिथि 11/10/2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS (OPATH) Reg. No. 15856 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉन व पर हस्पताल अधिभूत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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