

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1019/1760

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 16/10/2019

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KALIPADA HALDAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIJAY HALDAR

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DASPADA TALUK, PANNING, SOUTH 24.
PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 2200 x 12 = 26400/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाख हैं (जो सत्य 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.	KALIPADA HALDAR	67	M	SELF
2.	ARATI HALDAR	63	F	WIFE
3.	ANSHU HALDAR	32	M	SON
4.	ARABINDA HALDAR	30	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि 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 (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 राशि

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "बोधित" करता हूँ, कि यदि मुझे कौशल फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने या अपने परिवार के किसी भी सदस्य को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ 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 & authorize 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कौशल फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को "बोधित" करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसके "बोधित" करने के लिए, जिसके माध्यम से मुझे सहायता मिलेगी और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के प्रचार करने के लिए उपयोग किया जाएगा। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "बोधित" करने के लिए उपयोग किया जाएगा, जो कि सहायता के लिए उपयोग किया जाएगा। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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



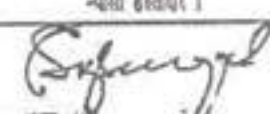
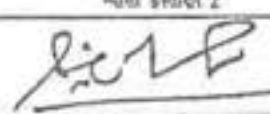
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिष्ठित, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए सिफारिश करने वाले हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।
 2. "कौशल फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No.-50071 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>		<p>Shib Sankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिष्ठित अधिष्ठित</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> 
---	--