

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/11119/2140 APPLICATION DATE: 14/11/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SIDDHESHWAR PANDIT AGE-YEARS: 60 SEX: M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TUSHTU PANDIT
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHAMPAHATTI, SIMLAGARH, HOOGHLY, 722135, WEST BENGAL
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवास पता



OCCUPATION: UNEMPLOYED MAJURED (निवृत्त) / UNMAJURED (उपनिवृत्त)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 x 12 = 26400 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का दस्तावेज संलग्न करें)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
सर्वोत्तम संख्या है (जो मध्यम हो उस पर टिकी का निशान लगाएं) 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.	SIDDHESHWAR PANDIT	60	M	SELF
2.	NAHITA PANDIT	57	F	WIFE
3.	GAURAV PANDIT	26	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपयुक्त पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIESTA 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 एवं प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई किरल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस मदद का अधिक या कमत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को सही करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

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.
- इस प्रकार, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं मिलती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तिथि</p> <p>14/02/2019</p>	<p>Dr. Nainakshi Keren MBBS, DO, DNB Reg. No. - 63720 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्तर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>S. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Susrut Eye Fen behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2</p>
	