

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2158
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUKUMAR DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
79

SEX लिंग
M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

PKB ROAD, TILAGARH, NORTH 24 PARAGANAS
700119, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2300 x 12 = 27,600
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का दस्तावेज संलग्न करें)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	SUKUMAR DAS	79	M	SELF
2.	KBJEJIFIAK DAS	62	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गणेशी रोजा के नीचे प्रत्यक्ष पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुवी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (PCS + TOR)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं है, इस उद्देश्य का अधिक या समस्त विवरण 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को अधिकृत करता हूँ कि वेदक, पत्र, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने, प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का निशान मेरी इच्छा के अभाव में या मेरे बिना या बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदक, पत्र, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बल्कि इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के अभाव में या बिना प्रभावित और प्रभावित नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- इसके अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि/प्रक्रिया/प्रकार हेतु सकारात्मक नहीं किया जाता है तो अभावित किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अभावित विधि/प्रकार उम्मीद हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया जाएगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज हेतु दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य चिकित्सा विधियों/प्रक्रियाओं के अभाव में "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/02/2019</p>	<p>Dr. Natankshi Narain MCh, DNB, DMR Ret. No.-83729 Suryat Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regist. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी</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>
	