

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/1119/2172 APPLICATION DATE : 15/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SACHIN HALDER AGE-YEARS 52 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : APARBA HALDER
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS LAKSHAR PARA, JOYNAGAR, SOUTH 24 PARGA
NAS 743349, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2500 x 12 = 16,800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. सर्वेष्ट प्राप्त संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	SACHIN HALDER	52	M	SELF
2.	UJJWANI HALDER	49	F	WIFE
3.	RAJESH HALDER	23	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICSTIOL)

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 एकी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल मेरे द्वारा उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जा सकती है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि प्राप्त नहीं करूँगा जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकते हैं, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। इस सहमति के माध्यम से मैं "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ। इस सहमति के माध्यम से मैं "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करने से मैं स्वतः ही सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं रखता। सहायता का अंश और जारी रखना इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों का विवेक और अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षर करके और नीचे उल्लेखित नाम के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं प्राप्त करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम स्वतः ही अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज के माध्यम से हम "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्पताल स्वतः ही रोगी के उपचार हेतु और रोगी के सुरक्षा के लिए सभी जिम्मेदारियाँ होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/2019</p>	<p>Dr. Arghya Das MBBS Reg. No. - 69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका का निशान</p>	<p>Shikha Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारा अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों के हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों के हस्ताक्षर 2</p>
	