

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3709 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: GOBINDA BARMAN AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 61 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: DHIRENDRA NATH BARMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: AMLAHETA TH, SATYANARAYAN PUR, SOUTH 24 PARGANAS 743370, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 2000 X 12 = 24000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO 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	GOBINDA BARMAN	61	M	SELF
2	DHIRENDRA NATH BARMAN	88	M	SON
3	MANIKA BARMAN	54	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनियम आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रत्यक्ष पर (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विनियमों 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 (STICSTOL)

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 / एतु गई 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रकम का कोई भी अंश या पूरी रकम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक छात्रों को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" द्वारा न्यायियों, रचना, सार्वजनिक रूप से उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें किन्हीं भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में हस्तक्षेप को करने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उत्प्रेषण से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Tobinda Barman

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 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को सिफारिश करने के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/उपचार से लाने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्हे के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त कर दिया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता सिफारिश करने उन्हे के सम्बंध में किसी भी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सही सहायता का निर्णय लेना उचित है और "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता का निर्णय लेना उचित नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने अपने को सही विधि/उपचार से ही सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तिथि</p> <p>27/1/2020</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. 20055 Surgical & Regn. No. with Stamp हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Shub Sengupta (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--