

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0/20/3807 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 30/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : GOSHTHABHARI NASKAR AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 75 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : SHASHIBHUSAN NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : NASKAR PARA, BANDAR BABA, HAJRA 733411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : RS 2400 x 12 = 16800/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : AS ABOVE
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) : Yes / हाँ / No / नहीं : No

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	GOSHTHABHARI NASKAR	75	M	SELF
2	ASST NASKAR	42	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) व्ययपत्र कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SICSTYOL)

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 / ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्ये घोषणे करे)

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, और कोई विवरण सच कहना असम्भव पया जाय है तो मेरी छायागत निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस प्रकरण के लक्ष्य "कोशिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं छायागत हेतु या उद्देश्य को नहीं है, इस रोगी का आर्थिक या स्वास्थ्य विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्ये करे)

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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" एनएलडी, एन, एनएलडी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रकरण का निराला मेरी इच्छा के पालने या कर के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से भरोदा अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छायागत के उद्देश्य से प्रेषित है जुड़े सत्य: छायागत का इच्छाकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएलडी भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्ये करे)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रमोटे/उपेरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उभर लेनी/पाननी में लगे या हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उभर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरही आर्थिक/वकाल हेतु मन्तु नहीं किया जाय है तो हमसाल किसी अन्य रोगी सहायता हेतु या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वितीय मरदा उभर लेनी/पाननी हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/पाननी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सर्व सहायता वकाल वित्तीय प्रकृति की है। उभे पर हमसाल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुगतान उभे एवं हमसाल को बीच का लिये है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसाल में उभे के इलाज सुझा और जाने जाने को उभे विन्वेरती उभे एवं हमसाल की लगे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती और सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/11/2020	Dr. Pradyumn (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य धरे र	Shit Sanghi Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमसाल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदा हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदा हस्ताक्षर 2