

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of the

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

K/0717/0539

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

11.07.17

NAME of APPLICANT :

अवेदनकर्ता का नाम

JAYANTI PURKAIT

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

ASIT PURKAIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर

THAKURANI CHAK JOWA-7, THAKURPOKUR
SOUTH 24 PARGANAS, 700104, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पर

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. टैक्स का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' में सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 अवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1.	JAYANTI PURKAIT	64	F	SELF
2.	HARU PURKAIT	22	M	SON
3.	SUMITRA PURKAIT	39	F	DAUGHTER
4.	SUCHITRA PURKAIT	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न किसी आधार पर

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गए निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/उपचार से जुड़े कोई भी प्रमाणित दवा प्रमाण
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई भी सहायता का रकम

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शितक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को वापस ले लिया जायेगा।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरी घोषणा में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में अपने भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शितक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शितक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के लिए मदद माग रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए मेरी फोटो और विवरणों का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना फाउंडेशन को मदद देने का कोई भी अधिकार नहीं है। फाउंडेशन का फैसला मेरी मदद देने या नहीं करने का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शितक की हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

**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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे हस्ताक्षर की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार्य करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए माग कर रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमारे हॉस्पिटल द्वारा सहायता दी जाने वाली सहायता के लिए हमारे हॉस्पिटल को कोई भी अन्य स्रोत से मदद लेने की आवश्यकता नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना हमारे हॉस्पिटल का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार की मदद देने का कोई भी अधिकार नहीं है। इसलिए हमारे हॉस्पिटल में हमारे हॉस्पिटल द्वारा सहायता दी जाने वाली सहायता के बिना हमारे हॉस्पिटल को कोई भी अन्य स्रोत से मदद लेने की आवश्यकता नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निशान लगावे)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

निरास

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

11.08.18

Dr. Prosenjit Mondal

MBBS, MS, FMRG

Reg. No. 50015

Sushil Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील, व

Dr. Sankar Bagchi

Director

Sushil Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

जब व जहाँ सहायता अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED

संस्तुति

REJECTED

निरास

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती इलाहाबादी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती इलाहाबादी 2