

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0717/0542	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	11.06.17
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	BASANTI SADHUKHA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	61
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम	RATIKANTA SADHUKHA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता			
218/12 SHIBPUR ROAD SADAR, HOWRAH, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
AS ABOVE			



OCCUPATION : व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. यदि प्राप्त होना			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
		Yes / हाँ	No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	BASANTI SADHUKHA	61	F	SELF
2.	GITA SADHUKHA	37	F	DAUGHTER
3.	BAMIR SADHUKHA	34	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कौन सी विलगी या उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्यूमेंट प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SR'S + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेख की गई वस्तुओं के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिए भुगतान नहीं कर रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, मेरे पता, मेरे पता, मेरे पता, मेरे पता से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र में घोषित है और मेरे पता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों से प्रसारित है। कोशिका फाउन्डेशन का हस्ताक्षर जारी करता है इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी गतिविधियों का विवरण और जानकारी देता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 यहाँ घोषित है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रपत्र में माँगा गया मदद नहीं कर रहे हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए माँगा गया मदद नहीं कर रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा गया मदद है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा गया मदद वित्तीय सहायता हेतु माँगा गया मदद है तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा माँगा गया मदद या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में माँगा गया मदद है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा माँगा गया मदद हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के प्रपत्र में माँगा गया मदद या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में माँगा गया मदद है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा माँगा गया मदद हेतु सिफारिश की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.04.17	Arindam Deb MBBS, DO, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुहर	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम हस्ताक्षर 2