

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0718/0663	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	18/04/17
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	RAIYA PAIK	AGE-YEARS मनु-वर्ष	50
		SEX लिंग	F
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	PHANI PAIK.		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
MOLLA C PAIK PARA, SAHAJADEPUR, JOYNAGAR, SOUTH 24 PARGANAS, 743338, (WEST BENGAL)			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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 संलग्न करें)	
PAN No. स्थायी छत्र संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर 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 सम्बन्ध
1	RAIYA PAIK	50	F	SELF
2	HASEMALI PAIK	60	M	HUSBAND
3	HABIZUL PAIK	27	M	SON
4	NASEMA PAIK	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड के प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने जाने बिस्मय का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

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 ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन करने वाले को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, दान, समर्थन हेतु प्रचार से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण भी प्रत्येक के पत्रों या पत्र में जाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन के हेतु दिये हैं मुझे प्राप्त; सहायता का स्वरूप नहीं बदलें। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल करने वाला)**

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.

इससे अधिकृत, हमारा हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिये या से रहे है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान की जायेगी तो हमारा हस्ताक्षर करने वाले को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता है कि अस्पताल विशेष रूप से उस रोगी/रोग हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा की गई सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हेतु एवं हॉस्पिटल को रोगी का निराशा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को सहायता प्रदान और उसे जाने को जाने सिफारिश करने एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या वित्तीय रूप सहायता में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18.04.17	Dr. Arindam Deb MS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व सील, न.	 Dr. Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	