

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: NNN/0817/0142

APPLICATION DATE: 03/08/2017

NAME of APPLICANT: PUSPA GUCHHAIT

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUPARNA GUCHHAIT (DAUGHTER)

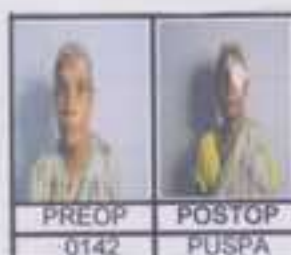
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

VILL - HAROP, P.O. - D.O. S. S. BAHNAN.

DIST - HOWRAH, W.B.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

D.O.

PREOP
0142POSTOP
PUSPA

OCCUPATION: HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- (YEARLY)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. जारी नहीं किया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें):Yes / No
हां / 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 से क्या सम्बन्ध
1.	LEET ANANDA GUCHHAIT	65	m	HUSBAND
2.	SUPARNA GUCHHAIT	25	F	DAUGHTER
3.	APARNA GUCHHAIT	22	F	DAUGHTER

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

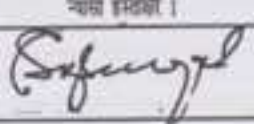
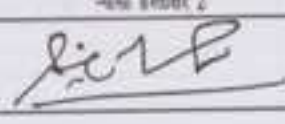
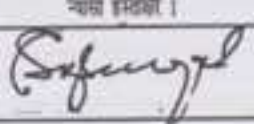
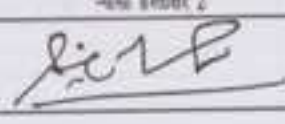
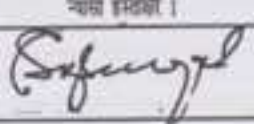
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाण/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LE - NUCLEAR COLICEROSITIVPSV
2.	SURGERY - SIGS WITH PE SOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
	V.M.A.N.N.N.	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण सत्य नहीं कहा जाया था या है तो मेरी सहायता निरास हो या सफल हो। 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से सही जान रहा हूँ, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में मांग रहा हूँ। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं किया है, इस दान का अधिकार या सहायता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में प्रोटीक है, उसे "कोशिका" दम्पन न्यासी, दान, चिकित्सा हेतु उद्देश्य से मुझे रजिस्ट्रिड और इन्सुरेंस के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकटित करने के लिये अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पालने या धरने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकटित अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकटित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दम्पन न्यासी का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत) 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. हमारा अधिकृत, इन्सुरेंस की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य न प्रतीत करते हैं: 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साझा की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी या प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य भी साझा की संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में सत्य कहा जाता है कि हमारा निर्णय सत्य सहायता हेतु किसी भी साझा की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेने। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हमारा फॉर्म सही सत्य या धरने से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारा को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे सहायता में हमारे को सहायता प्राप्त और जाने जाने को सही सिफारिश हमारे एवं हमारा को हमारे और "कोशिका" को कोई पुष्टि या सिफारिश इस सहायता में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये संसुक्ति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/15 </td> <td> DR. K. K. MEDICAL OFFICER DR. K. K. MEDICAL OFFICER (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्प्रेसन व रजि. नं. 860061 08/11/2009 </td> <td> DR. DY. MANAGER VMA NETRA NIRMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on letter of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/15	DR. K. K. MEDICAL OFFICER DR. K. K. MEDICAL OFFICER (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्प्रेसन व रजि. नं. 860061 08/11/2009	DR. DY. MANAGER VMA NETRA NIRMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on letter of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/08/15	DR. K. K. MEDICAL OFFICER DR. K. K. MEDICAL OFFICER (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्प्रेसन व रजि. नं. 860061 08/11/2009	DR. DY. MANAGER VMA NETRA NIRMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on letter of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु <table border="1"> <tr> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  </td> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 