

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0832

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04.09.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SANDHYA GIRI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

SUBODH CHANDRA GIRI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B3, B.B. MUKHERJEE ROAD, GURUDA, NAIHATI,
NORTH 24 PARGANAS, 743166,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 के साथ सम्बन्ध
1	SANDHYA GIRI	63	F	SELF
2	SUBODH CHANDRA GIRI	68	M	HUSBAND
3	CHAMPA GIRI	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 कौन सा सहायता पुरा

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले को भरना है)

- 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 applicable 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 यहाँ पर बताना 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 वह भी सत्य माना जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे मैं केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले को भरना है)

- 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-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 to 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ पर सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग करने के लिए सक्षम होगा। इस प्रपत्र पर मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग के लिए मैं सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग के लिए सक्षम होगा।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस प्रपत्र पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग के लिए मैं सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग के लिए सक्षम होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल को भरना है)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हम यहाँ पर यकीन करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से कार्य कर सकेंगे:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु सिफारिश की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने आप से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रपत्र पर हम यकीन करते हैं कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिलेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे हमें केवल वित्तीय सहायता के लिए ही उपयोग करने के लिए सक्षम होगा। हमें अपने आप से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हमें अपने आप से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हमें अपने आप से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (सवीकृत/निरस्त का निराकरण करना)		ACCEPTANCE सवीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Arindam Das MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 58099 Sri Sri Foundation & Research Centre	Shri Sanjay Bagchi Director Sri Sri Foundation & Research Centre	
04.09.17	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम व पता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम व पता 2
SANCTIONED सवीकृत	REJECTED निरस्त		