

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

 APPLICATION No. : K/0917/0834
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 04.09.18
 आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : CHHAYA GHOSH
 आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

F

 FATHER/SPOUSE'S NAME : UPENDRA KUMAR SAMUI
 पिता/पति का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

 916/2, K.B. C. ROAD, NAINAMATI, NORTH
 24 PARGANAS, 743165, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

Yes / No

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

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 संबंध
1.	CHHAYA GHOSH	59	F	SELF
2.	UPENDRA GHOSH	63	M	HUSBAND
3.	ROBI GHOSH	32	M	SON
4.	RAJU GHOSH	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CMT/EPCT - RF
2.	SURGERY - RF (SHOCKWAVE)

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 इस हेतु सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 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 यह सही जानकारी देना मेरी जिम्मेदारी होगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेता हूँ और न ही भविष्य में लेता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/republish 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 की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के उपयोग के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.

- इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत हैं:
- 1) यह कि न तो हम और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद लेने का प्रयास करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिले। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें मदद नहीं देता, तो हमें अपने आप से मदद लेने का प्रयास करना होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होगी। हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (सवीकृति/निरास का निश्चय लें)		ACCEPTANCE सवीकृति	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.09.18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं. Dr. Arvind Kumar SUSIL DO, FRCS Reg. No. - 50095 Susrut Eye Foundation & Research Centre	Dr. Arvind Kumar Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)			
SANCTIONED सवीकृति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इलाका 2