

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.: K/0917/0835 APPLICATION DATE: 04.09.17
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: SABITRI BANERJEE AGE-YEARS: 60 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SOMNATH BANERJEE
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

SOMNATH NAGAR, MAHAMMADPUR, NAIKAM
NORTH 29 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संघीय राजपत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान लगाएं) हाँ / 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.	SABITRI BANERJEE	60	F	SELF
2.	SOMNATH BANERJEE	63	M	HUSBAND
3.	SABHIL BANERJEE	36	M	SON
4.	RINA BANERJEE	37	F	DAUGHTER

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

SPL Card (Attach Card Copy) पीसी रेखा 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 लगे विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची 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 जी गई सहायता राशि

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 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 मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, किसी भी प्रकार की रकम के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किसी भी मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicise/post-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 from Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दिये गये हैं, जो "कोशिका" द्वारा दिये गये, दान, वसुधादान आदि सहायता से मुझे उपचारित करने और मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इसका उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को अधिकृत है। इसका उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी जारी रहने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से मदद न ले रहे हैं।
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं या मेरी हॉस्पिटल किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से मदद ले रहे हैं, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से मदद ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन से मदद नहीं मिलती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से मदद ले रहे हैं।
 - 2) कोशिका फाउन्डेशन से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव कोशिका फाउन्डेशन और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से मदद ले रहे हैं। कोशिका फाउन्डेशन से मदद ले रहे हैं, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से मदद ले रहे हैं।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (सवीकृति/निरास का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.09.17	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Dr. Sankar Baghel Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाका 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरास		