

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

K/0917/0853

APPLICATION DATE :

04/09/17

NAME of APPLICANT :

LAKSHMI SINGH

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

92

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

LATE NIRANJAN SINGH

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

15 NANDI BAGAN LANE, SALTIA, 10

GOLABARI HOWRAH - 711006, 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. स्थायी आयकर पहचान 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 चिह्नन करें)

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.	LAKSHMI SINGH	92	F	SELF
2.	SUKTI SINGH	44	M	SON
3.	MANIKA SINGH	37	F	DAUGHTER IN LAW
4.	BAIK SINGH	15	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SLT & IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 लेई गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 a table 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांगे जा रहे हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान नही करूँगा, न ही भविष्य में भुगतान करूँगा, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही इस मदद के लिए।

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 it's Trustees to use/publish/post-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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या, कचक्राफ्ट द्वारा प्रकाशित करें या किसी भी माध्यम से जानकारी फैला सकें। इस प्रकरण के लिये मदद मांगी जा रही है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने से मेरी मदद मांगी जा रही है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शक 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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को यहाँ घोषणा करनी है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में मदद मांग रहे हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से मदद मांग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मांग रहे हैं। यदि मदद मांगी जा रही है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद मांगनी है। यदि मदद मांगी जा रही है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद मांगनी है। यदि मदद मांगी जा रही है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद मांगनी है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मांगी जा रही है, वह केवल वित्तीय है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे यहाँ के डॉक्टर द्वारा किया जा रहा है, जो कि हमारे यहाँ के डॉक्टर द्वारा किया जा रहा है। हमारे यहाँ के डॉक्टर द्वारा किया जा रहा है। हमारे यहाँ के डॉक्टर द्वारा किया जा रहा है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/खारिज का निशान लगायें)

ACCEPTANCE **REJECTION**
संस्तुति खारिज

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Signature of Dr. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हमारे यहाँ के अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अधीनस्थ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अधीनस्थ 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
खारिज