

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0956

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08.09.18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MATTARA PAIK

AGE-YEARS अनु-वर्ष

82

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SATTA PAIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

DARSHIN RAJNAGAR, CHAK LAKSHMIPUR,
NISHCHINTAPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743374,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से क्या सम्बंध
1.	MATTARA PAIK	82	M	SELF
2.	SATTA PAIK	75	F	WIFE
3.	ABDUL QADIR PAIK	52	M	SON
4.	ABDUL KADIR PAIK	48	M	SON
5.	MORIYAN BIBI	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी 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) रसदराज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (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 उसी मने सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण द्वाारा कीजिए)

- 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, 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वाारा कीजिए)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ पर सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के माध्यम से, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके भरोदारों को दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। मेरी छवि और विवरण का इस प्रकार का उपयोग मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अर्पणकर्ता के अधिकार है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गये निर्णयों का निर्णय अंतिम और अप्रतिपक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कीजिए)

- 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 पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगा करेंगे, जहाँ तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने पर हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार प्रक्रिया का चुनाव रोगी और कोशिका फाउंडेशन के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार का चुनाव और उसे करने की सही विधि/प्रक्रिया रोगी और कोशिका फाउंडेशन के बीच का निर्णय है किन्तु इस मामले में कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
सिफारिश (स्वीकृति/निस्त का विवरण लगायें)ACCEPTANCE
स्वीकृतिREJECTION
निस्तDate of Surgery
अपरेशन की तारीख

08.09.18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
जब व पर इलाका अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1
जहाँ इलाका 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
जहाँ इलाका 2SANCTIONED
स्वीकृतिREJECTED
निस्त

[Signature]

[Signature]