

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building Words of Life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0963

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ARATI MAJUMDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

JAYGOPAL MAJUMDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHANBAR ANSHU MUSALMAN PARA 3, DASIRHAT,
NORTH 24 PARGANAS, 743511, 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. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

Yes / No

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 से संबंध
1.	ARATI MAJUMDAR	60	F	SELF
2.	JAYGOPAL MAJUMDAR	66	M	HUSBAND
3.	SIKHA MAJUMDAR	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गले किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/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 हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली

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 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 माना गया था कि उसे पूरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या अन्यत्र से कोई भी भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

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/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और शल्यचिकित्सीय उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि सहायता के रूप में मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रपत्र के माध्यम से सहायता नहीं करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या नहीं करते हैं, यदि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रपत्र भेजते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए सहायता नहीं मिलती है, तो हम सहायता के अभाव में सहायता के अभाव में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रपत्र में हम घोषणा करते हैं कि सहायता के लिए हम सहायता के लिए सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं प्राप्त कर सकते हैं, बल्कि हम इसे अपने उपचार/उपचार का भुगतान करने के लिए प्रयोग करेंगे और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं किया जाएगा। इसलिए हस्ताक्षर के द्वारा सहायता प्राप्त की जाती है और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

निरस्त

Date of Surgery
शल्यचिकित्सा की तारीख

09.09.18

Dr. Anurag Singh
Surgeon, FRCGS
Surgeon, FRCGS
Surgeon, FRCGS

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

Shubankar Bagchi
Director
Koshika Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व हम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आपकी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आपकी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरस्त

[Signature]

[Signature]