

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0740

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SHILA GHOSH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SUBODH GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GANAPATIPOUR & MARTIN ROAD, BARABAR (BARA
POL, PARYANT), BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS,
743411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई 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. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर 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 संबंध
1.	SHILA GHOSH	64	F	SELF
2.	SUBODH GHOSH	70	M	HUSBAND
3.	JAYANTA GHOSH	37	M	SON
4.	JOYDEB GHOSH	35	M	SON
5.	LPI GHOSH	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम से 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विवक्षित 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 (SIUS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतु सहायता राशि

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता यही "उद्देश्य" के लिए मांग रहा हूँ, जो इस प्रारूप में बताया गया है, इसका उपयोग इस उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपचार को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और मैं ही भविष्य में 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/establish/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, पत्र, कथन/चित्रण आदि माध्यमों से प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण भी इसमें जोड़ने या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपचारों से प्रभावित है मुझे इसका सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इसके (हॉस्पिटल) बिना प्रसार में नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा भविष्य और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या से नहीं हूँ, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाय तो मेरा सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय प्रारूप प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही मैं प्रसार या बिना मेरे प्रचार/प्रचार का प्रचार हेतु एवं हस्ताक्षर को ही या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के प्रचार प्रचार और जाने जाने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रचार या सिफारिश इस मामले में नहीं लेते।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकृति/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE समर्थ	REJECTION नकार
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.09.18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	 Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SANCTIONED समर्थ	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 जारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जारी हस्ताक्षर 2