

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1017/1044

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

TRIPTI DEBNATH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

NIRMAL DEBNATH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

 FM LIBARI DAKSHIN KALLI 2 & 3 NO SATJELIA,
 GOSABA, SOUTH 24 PARGANAS,
 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 पत्रांक 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 लगावे)

Yes / हाँ

No / 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.	TRIPTI DEBNATH	50	F	SELF
2.	NIRMAL DEBNATH	57	M	HUSBAND
3.	ANURAM DEBNATH	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनिर्दिष्ट का उद्देश्य:

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

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 सी 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, 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम 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/publish/post-up/republish 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में जोड़े हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे सहायता हेतु या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति के बिना कोई भी व्यक्ति मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं ले सकता।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के भरोदारों से प्रसारित है मुझे सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए। इस सहमति के बिना कोई भी व्यक्ति मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे सहायता हेतु या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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.
- हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न उद्देश्य के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहे हैं और न ही भविष्य में लूँगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (सवीकृति/निरास का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सवीकृति	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.10.18	Dr. Anil Agrawal MBBS, M.D. Ph.D. (Kashmiri), F.R.C.S. (Ed) Reg. No. 31111 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Dr. Anil Agrawal Director Sankat Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकृत अधिकृत	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2
SANCTIONED सवीकृति	REJECTED निरास		