

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/1627

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

CHHAYA RANI DEY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

AMULYA CH. DEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 86 SWADHIN PALLY, BAKANAGAR 24,
NORTH 24 PARAGANAS, 700050,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

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 कर चुकते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	CHHAYA RANI DEY	72	F	SELF
2.	AMULYA CHANDRA DEY	55	M	HUSBAND
3.	ABAY DEY	48	M	SON
4.	BIJAY DEY	45	M	SON
5.	AMAL DEY	42	M	SON
6.	DIPA DEY	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किये गये निम्नी 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 है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा भरीय गत)

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 any, 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 कहता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कह रहा हूँ, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा भरीय)

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 to 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) यहाँ पर सहमत हो जाऊँगा कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए, जिसमें मुझे उपचार के लिए वित्तीय सहायता मिलेगी।

2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उपयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरीय)

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:

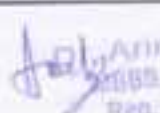
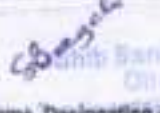
1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not 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 पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रस्तावों को मान्यता देते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हस्ताक्षर और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहा हूँ, बल्कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कह रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हस्पताल पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इसीलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा और अन्य स्रोतों से सहायता लेने की कोई भी जिम्मेदारी मेरी या हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकार/निरस्त का निर्णय लेना)		ACCEPTANCE मान्य	REJECTION निरस्त
Date of Surgery सर्जरी की तारीख 05/01/18	 Anandam Deb MBBS, DD, FRCS Reg. No. 58086 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Anandam Deb MBBS, DD, FRCS Reg. No. 58086 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SANCTIONED मान्य	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 मान्य हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 मान्य हस्ताक्षर 2
		