

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No.:

K/0112/1706

APPLICATION DATE:

08/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

NIRMALA NAIYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

MANARANJAN NAIYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BINODPUR, AMBIRANAGAR SOUTH 24 PARGANAS,
743383, 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 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 निशान 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 के साथ सम्बंध
1	NIRMALA NAIYA	65	F	SELF
2	ARUN NAIYA	41	M	SON
3	TARUN NAIYA	38	M	SON
4	MAMATA NAIYA	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का सीधे 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची 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 उसी गति 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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बचन असत्य पाया जाता है तो मेरी मांग/सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं मांग/सहायता हेतु यह प्रबंधन नहीं करूँगा, उस राशि का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लें किता है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 donation 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह, न्यासी, दान, सहायता एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम (शुद्ध, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक) के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण मेरी इच्छा के पक्षों या बाध में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि मांग/सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः मांग/सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके अधिकृत अधिकृत और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किता हय (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग की जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम/प्रकार हेतु मांग को दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य भी सहायकारी संगठन या किसी अन्य सहायकारी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल (हस्पताल) द्वारा मांग उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश करे सहायकारी संगठन या किसी अन्य सहायकारी से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मांग/सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मदद मांग किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा सुना और उसे जो भी सही विचार/विधि रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई धुनिका या विचार/विधि इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION सम्यक्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि	Dr. Arindam Deb MBBS, DD, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	 Dr. Anker Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED सम्मत	REJECTED सम्यक्त		