

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life

 APPLICATION No. : K/1218/1736 APPLICATION DATE : 05/12/18
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : BALARAM BHUIYA AGE-YEARS 73 SEX M
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TARANIKANTA BHUIYA
 पिता/सहोदर का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BRINDABANPUR, HOWRAH, 71316, WEST BENGAL
 वर्तमान निवास पता

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
 स्थायी निवास पता

 OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय

 TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
 वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

 PAN No. XXXXXX XXXX XXXX

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No
 क्या आप आय करदाता हैं (कोichever is applicable): हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BALARAM BHUIYA	73	M	SELF
2.	REKHA BHUIYA	63	F	WIFE
3.	ANAS BHUIYA	45	M	SON
4.	ARUP BHUIYA	41	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card, Copy) गरीबी रेशन कार्ड, प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन प्रमाण प्रस्तुत करें
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 प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी 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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले जाने वाली सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण सच नहीं होगा, प्रकरण स्वयं खारिज हो जाएगा। 2) मैं इस बात को यकीनपूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न 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 its Trustees to use/publish/print/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 its 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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कॉशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से प्रसारित, प्रसारित और प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि इसका उपयोग मेरे नाम या पता के बिना "कॉशिका फाउंडेशन" से नहीं किया जाएगा। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। इसका उपयोग मेरे नाम या पता के बिना "कॉशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शक को हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी जो कि कॉशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जा रही है, यदि कॉशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हॉस्पिटल को अपने अधिकारों का उपयोग करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करता है कि हॉस्पिटल को कॉशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जा रही सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार नहीं होगा। इस पुष्टि के साथ यह भी स्वीकार किया जाता है कि हॉस्पिटल को कॉशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जा रही सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार नहीं होगा। 2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार है। हमारे पास हॉस्पिटल को कॉशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जा रही सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार नहीं होगा। हमारे पास हॉस्पिटल को कॉशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जा रही सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार नहीं होगा।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए सिफारिश		
Date of Surgery अर्शक की तारीख 05/12/18	Dr. Arindam Deb MD, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पता के साथ मुद्रा	Shih Sagar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम और पता के साथ मुद्रा
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम और पता के साथ मुद्रा		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम और पता के साथ मुद्रा