

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : K/1218/1744

APPLICATION DATE : 05/12/18

NAME of APPLICANT : ALLADI DALVI

AGE-YEARS 82

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME : GURAM DALVI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DANIDAN, DULPUR, HOORAH, 71316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी 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.	ALLADI DALVI	72	F	SELF
2.	TRAFULLA DALVI	44	M	SON
3.	ASHOK DALVI	46	M	SON
4.	TRAFUL DALVI	44	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित करें

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा से संबंधित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु चिह्नित करें किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मनसाहत/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STC + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो गई 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में मंगल है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत से राशि नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी छवि और नाम सहित "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी छवि और विवरण को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस आवेदन में प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोसे अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)**

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, हमारा यहाँ अंगूठे का निशान है "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये नहीं ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदायित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा विचार हमारे रोगी/रोगी के लिये अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करता है कि सहायता वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तिय प्रकृति की है। उक्त या सहायता द्वारा ही यह सहायता किन्हीं भी अन्य सहायता/सहायता का प्रदान करने एवं सहायता को भी नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्राप्त का कोई प्रभाव नहीं है। इससे स्पष्ट करता है कि सहायता वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए प्रेषित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और रेगन नंबर	 Philb Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यह मेरा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इलाक़ 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इलाक़ 2
---	---