

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1218/1764

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

6/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

NIRUPAMA BISWAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

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

KHAGENDRA NATH BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास

CHANDRERIA SARADA NAGAR, RAJAHMUNDRU
GOPALPUR, NORTH 24 PARGANAS, T-10102,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे पंक्ति में चिह्नित करें)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 संबंध
1	NIRUPAMA Biswas	58	F	SELF
2	DEBENDRA Biswas	60	M	HUSBAND
3	RANJIT Biswas	20	M	SON
4	SHUMPA MONDAL	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि संलग्न करें (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 साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न पंक्ति में चिह्नित करें

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रतिलिपि संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICS+IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो प्राप्त 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया था तो मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं गलत हूँ।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान के लिए या भविष्य में भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

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 it's 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए, जिसके लिए मैं मदद मांग रहा हूँ, के माध्यम से, जिसमें मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित सभी माध्यमों का उपयोग किया जा सकता है, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। कोशिका फाउंडेशन मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरी फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्य के लिए कर सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस प्रपत्र पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा मेरी मदद मांगने के लिए या मेरी मदद जारी रखने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरी मदद मांगने के लिए या मेरी मदद जारी रखने के लिए कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी का फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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.

यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की जाएगी कि हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद मांग रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हम इस कमी को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा के माध्यम से हम यह स्वीकार कर रहे हैं कि कोशिका फाउंडेशन के द्वारा दी गई मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का निर्णय रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर आधारित है, जो किसी भी प्रकार से कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रभावित नहीं होगी। इसलिए, हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का निर्णय हमारे द्वारा ही लिया जाएगा और कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मांगी जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का निर्णय रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर आधारित है, जो किसी भी प्रकार से कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रभावित नहीं होगी। इसलिए, हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का निर्णय हमारे द्वारा ही लिया जाएगा और कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ स्टैम्प	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम व पद पर अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2