

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. :
अवेदन क्रमांक : K/1218/1765APPLICATION DATE :
अवेदन तिथि 6/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम BIVABATI DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष 83

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम SACHIN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

H. RAMKUNTA GOSWAMI STREET, KOLKATA,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. : पैन नंबर प्रदान करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय करदाता हैं? (को यहाँ से उचित का चिह्न लगाएं)

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.	BIVABATI DAS	83	F	SELF
2.	GOPAL DAS	81	M	SON
3.	MAHAR DAS	69	M	SON
4.	MAHAR DAS	43	M	SON
5.	SWAPNITA DAS	40	F	DAUGHTER
6.	SWAPNITA DAS	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एडबीसी-एल कार्ड का प्रमाण पत्र (अनुदान पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (अनुदान पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (अनुदान पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICAPOL)

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 कोई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राह्यता प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रकरण के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्णतः, इस प्रकरण के लिए या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें। इसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, चित्र, वीडियो, ऑडियो, इत्यादि के माध्यम से किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाणों को स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से ले सकेंगे, जो हमें इस रोगी/मरीज के लिए माँगा गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया वित्तीय सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से न मिले, तो हमें इस रोगी/मरीज के लिए वित्तीय सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से ले सकेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/12/18	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम या पंजीकृत नं. (हस्ताक्षर के साथ)	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और हस्ताक्षर
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
(Signature)	(Signature)