

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

K/1218/1767

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

6/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

KALPANA PAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75 +

SEX लिंग

F

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

KHANDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

ALAMPUR - 23, HASHILA, SANKRAL, SANKRAL,
HOWRAH, 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. प्राप्त या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न 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 से संबंध
1.	KALPANA PAL	75	F	SELF
2.	BISCUARATH DAL	57	M	SON
3.	KANATA DAS	53	F	DAUGHTER
4.	TUNPA SHAI	54	F	DAUGHTER
5.	SANDHYA PAL	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिनी रखा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई डॉक्टर/चिकित्सक द्वारा जारी प्रमाण
1.	TRAGNOSTIC - CHITRACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICKLE CELL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पुरानी

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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं झूठा बयान सत्य साबित हो जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी नहीं, इस रकम का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी और स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 प्रकरण पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने, प्रसारित करने से मुझे भीतर/बाहरी और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने से हित अधिकृत है। वे इस या विवरण के प्रसारण से पहले या बाद में मेरे से हित "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रदान करने से संबंधित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का उपयोग और प्रसारण के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

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

- 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 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.
- हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से सहायता न ले सकेंगे।
- 1) यह कि मैं या मेरी हॉस्पिटल और मैं ही अंतिम रूप से निम्न सहायता किसी भी रकम के प्रसारण से हित अधिकृत करने से मुझे भीतर/बाहरी और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने से हित अधिकृत है। वे इस या विवरण के प्रसारण से पहले या बाद में मेरे से हित "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय सहायता होगी। उपर्युक्त सहायता के लिए मेरी हॉस्पिटल और मैं ही अंतिम रूप से निम्न सहायता प्रदान करने का अधिकार रखेंगे।
3. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय सहायता होगी। उपर्युक्त सहायता के लिए मेरी हॉस्पिटल और मैं ही अंतिम रूप से निम्न सहायता प्रदान करने का अधिकार रखेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए प्रेषण

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अनिल अग्रवाल डॉ. अनिल अग्रवाल	 Ansh Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. अनिल अग्रवाल
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक द्वारा सहमति 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक द्वारा सहमति 2
	