

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: K/1218/1773

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 7/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KALIDAS TANTI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: AMAY TANTI

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

8 NO, UTTER MANIKTA GARDI PARA
JAYNAGAR, SOUTH 24 HARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. प्राप्त खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें उस पर चिह्न का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हां / 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 से सम्बन्ध
1.	KALIDAS TANTI	65	F	SELF
2.	PUSPA TANTI	65	F	DAUGHTER
3.	SANMASI TANTI	40	M	SON
4.	SUMITRA TANTI	33	F	DAUGHTER
5.	SUMITRA TANTI	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पतनी रेश के साथ 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 किने गये किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई यह सहायता प्रती
------------------------	---	---

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 जाय तो यह प्रपत्र और मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोद्धित" करता हूँ, कि यदि मेरी सहायता, जो मुझे केवल इस उद्देश्य के लिए दी जा रही है, किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग की जाएगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम की मांग कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put up/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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "बोद्धित" करता हूँ कि मेरी सहायता, जो मुझे केवल इस उद्देश्य के लिए दी जा रही है, किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग की जाएगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरी सहायता, जो मुझे केवल इस उद्देश्य के लिए दी जा रही है, किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग की जाएगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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 कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "बोद्धित" करने के लिए केवल इस उद्देश्य के लिए दी जा रही है, जो कि हमें "बोद्धित" करने के लिए केवल इस उद्देश्य के लिए दी जा रही है।
- 2) "बोद्धित" करने के लिए केवल वित्तीय सहायता दी जा रही है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के लिए हमें कोई अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम की मांग कर रहे हैं और न ही भविष्य में कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/12/18	Dr. Anish Agrawal MB, BCh(Sys) RFPSNEC Reg. No. 5111 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका व पता न.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हम व ज. हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाका 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>