

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/1218/1785		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 5/12/18		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MANTU BHADRA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 51	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम SATISH BHADRA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास HATATH PALLY 6 LINE COLONIA ANANDA 13 BASKIRHAT NORTH 24 PARGANAS 743412, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास AS ABOVE				
OCCUPATION : व्यवसाय UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. पैन संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (को सही ढंग से टिक करें और रिक्त छोड़ें): Yes / No				
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.	MANTU BHADRA	51	M	SELF
2.	ANITA BHADRA	50	F	WIFE
3.	GOPAL BHADRA	58	M	SON
4.	RAHUL BHADRA	35	M	DAUGHTER
5.	MUKUNDA BHADRA	32	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का 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 निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी डॉक्टर/चिकित्सक की राय			
1.	DIAGNOSIS-CATARACT- RE			
2.	SURGERY- RE (SIST FOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली	



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले को भरना है)

- 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 मिले गये सभी वित्तिय सहायता केवल उद्देश्य के अनुसार ही प्रयोग की जाएगी। यदि कोई झूठा बयान प्रदान किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पूर्ण या आंशिक रूप से कोई भी रीकम्पेंसेशन नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले को भरना है)

- 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/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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता माँगी गई है, के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में "कॉशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल को भरना है)

- 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 करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगेगी, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए है कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता माँगेगी, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए हॉस्पिटल द्वारा चलाया जाने वाला उपचार रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता प्रदान करने से रोगी के उपचार में कोई भी परिवर्तन नहीं आएगा। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और अलग-अलग ज़िम्मेदारी होगी और "कॉशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. राजेश कुमार शर्मा (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. राजेश कुमार शर्मा	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. राजेश कुमार शर्मा
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले को भरना है)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य राजेश कुमार	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य राजेश कुमार