

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/1788

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

27/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

CHHAYA DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ASHOK DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

S.N. MAJUMDAR ROAD, SAHIN PALA, PASIRHATI-I,
NORTH 24 PARGANAS, 743411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को घान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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 सम्बन्ध
1.	CHHAYA DAS	65	F	SELF
2.	ASHOK DAS	60	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपायोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया 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: (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/termination.
- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं गलत जानकारी का प्रयोग है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैंने मदद की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस आवेदन में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान नहीं करूँगा, न ही भविष्य में, इस मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किया है और न ही करना चाहूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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 आवेदन पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) 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 आवेदन में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, कम्प्यूटर द्वारा इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का उपयोग मेरी मदद के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के प्रसारित करने के लिए मैंने स्वीकृति दी है। इस प्रकार का उपयोग मेरी मदद के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



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.

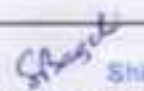
हम यहाँ घोषणा, हस्ताक्षर की और से भुगतान के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाले वित्तीय सहायता के लिए सहमत हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अनुरोध को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम स्वीकार करते हैं कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता मिलने की है। हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीकरण नं.	 Shish Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) डॉ. व. व. इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
