

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / संकेत संख्या : **K/1218/1809**

APPLICATION DATE / संकेत तिथि : **8/12/18**

NAME of APPLICANT / संकेत का नाम : **SANDHYARANI DAS.**

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : **53**

SEX / लिंग : **F.**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : **KENARAM DAS.**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता
**DHALTIHA PURA, BARUA SAMKCHORA, PASUNTI
 PACIRHAT NORTH, IN BARUANIE, MURSHIDABAD,
 WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**

OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSE WIFE.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **NIL**

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

FAN No. / पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / 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 / आवेदन के साथ संबंध
1.	SANDHYARANI DAS.	53	F	SELF.
2.	KENARAM DAS	62	M	HUSBAND.
3.	MIBHAL DAS	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये कौन सा आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आपका नाम भी लिखें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आधारित प्रमाण प्रस्तुत करें (आपका नाम भी लिखें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आपका नाम भी लिखें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु कौन सा उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / आस्थापना/पत्रिका से जोड़ी गई प्रतिवेदन प्रतियाँ
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / जो कौन सहायता करी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करना)

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही सचवादी हैं और कोई भी झूठा कथन कर रहा हूँ। यदि कोई झूठा कथन कर रहा हूँ तो मेरी प्रार्थना पत्र भी खारिज हो सकेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार की रकम के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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-upreproduce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित करें, जो "कॉशिका" द्वारा मांगे गए उद्देश्य के लिए मदद मांगने और/या कॉशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है। इस प्रश्न पर मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उपचार के पूरा होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के मदद मांगने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से मांगी गई मदद के लिए स्वतंत्र रूप से उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.
- इसमें अधिकृत हस्ताक्षर, हमारी ओर से आधिकारिक तौर पर सिफारिश करने के लिए है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से मदद मांग रहे हैं।
- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद मांगी जाती है, तो हमें उस मदद के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद मांगनी होगी। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई मदद पूरी नहीं मिलती है, तो हमें शेष राशि किसी अन्य स्रोत से पूरानी होगी। यह सुनिश्चित करता है कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद मांगने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद मांगनी नहीं होगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और इससे "कॉशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और "कॉशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 08/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिश संकर बागची
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी ट्रस्टी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी ट्रस्टी 2
	