

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

K/1218/1818

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

8/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदन करने वाले का नाम

SUNITA DAS.

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

44.

SEX लिंग

F.

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

KHOKAN DAS.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

SHALTIHA PURA BABA SHANKHARA BAGUNTI
PUSIRHAT, NORTH 24 PARAGANA DISTRICT
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE.

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 ASSESSOR (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' का चिह्न 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 आवेदन करने वाले का सम्बन्ध
1	SUNITA DAS	44	F	SELF
2	KHOKAN DAS	65	M	HUSBAND
3	HEINROY DAS	21	M	SON
4	LATIKA DAS	17	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिका/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी डॉक्टर/प्रतिवेदन प्रतिलिपि
1	TRANSDUCER - CATARACT - LE.
2	SURGERY - LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 1) I hereby declare 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक फंडिंग को न मिलेगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलूँगी और न ही भविष्य में मिलूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "बोलीका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "बोलीका" द्वारा मांगे गए, वे, सम्बन्धित दस्तावेजों में मुझे उपस्थित और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम या विवरण को प्रकाशित करने या मेरे नाम के लिए "बोलीका फाउंडेशन" में किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित करने का अधिकार केवल इस प्रकरण में "बोलीका" द्वारा मांगे गए विवरणों का निर्णय अधिकार और सम्बन्धित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा का छाप

**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 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.

हमारे अधिकृत, इस प्रकार के और से प्राप्त करने के लिए "बोलीका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार करता हूँ, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए मांगेंगे या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "बोलीका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिले। यदि "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता मिलने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी रोगी के लिए मांगी जा सकती है।

2. "बोलीका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का इलाज और चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी और डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए "बोलीका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	 Sankar Bagchi (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के साथ	 Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
	