

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/1248/1849

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 6/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : REBA SAHA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F.

FATHER/SPOUSE'S NAME : NITYANANDA SAHA

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAM KRISHNA PALLY, RAJADHAT GADALDUR,
ASHWATI NAGAR, NORTH 24 PARAGANA, 741019
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 प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. आई टैक्स संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (को सही ढंग से टिक करें या नहीं का चयन करें)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 के साथ सम्बन्ध
1.	SEBA SAHA	55	F	SELF.
2.	NARAN SAHA	80	M	SON
3.	JOYIKA SAHA	23	F	DAUGHTER.

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

SPL Card (Attach Card Copy) संयोजी रीखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य है किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जोड़ी हुई चिकित्सा सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (ESSENTIAL)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले के लिए)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में उल्लेखित है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में कोशिका फाउंडेशन से अलग किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए इस सहायता की आवश्यकता है, से सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदन करने वाले के लिए)

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.

- इस आवेदन पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, जैसे कि ऑनलाइन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन द्वारा या अन्य माध्यमों से उपयोग करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी का निर्णय इस संबंध में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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:

- 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.
- 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) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) अपने स्वयं के नाम से स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जिसके लिए कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता दी जाएगी। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता के अभाव में अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन कोशिका फाउंडेशन के लिए वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

- "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता दी जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर आधारित है, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB (Name of the Doctor with Stamp) मुख्य चिकित्सक के नाम और मुद्रा	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम और अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	