

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1128/1862

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SANTI DEVI RAJBHAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

ASHOK PRASAD RAJBHAR.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1/26 ANUSH BANGALANE CROSSROAD
KOLKATA 700004, WEST BANGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE.

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को कल्प हो उस पर सही 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 आवेदक से क्या संबंध
1.	SANTI DEVI RAJBHAR	68	F	SELF
2.	ASHOK PRASAD RAJBHAR	59	M	HUSBAND
3.	GANESH RAJBHAR	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) परिवार के सदस्यों के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जुड़ी को यह प्रमाणित सूची प्रस्तुत
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	SURGERY - L.E (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई यह सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी मदद खारिज की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोतिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा हूँ कि मैं इस मदद हेतु या भविष्य में भविष्य में, इस मदद का अंशिक या पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "बोतिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "बोतिका" द्वारा यादों, दान, सहायकता हेतु उत्प्रेषण से मुझे चिकित्सीय और उपचारित करने के लिये किसी भी प्रकार का मदद से प्रयोजन करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "बोतिका फाउंडेशन" में प्रयोजन अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को उत्प्रेषण से अधिकृत है मुझे भुगतान। फाउंडेशन का इरादा नहीं बदलता। इस सम्बंध में "बोतिका" द्वारा उम्मीद की जा सकती है और सहायकता प्रदान की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यतापूर्वक को "बोतिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निराश्रयता से मदद नहीं मांगते।

1) यह कि मैं या मेरा अधिकृत अधिकारी या कोई अन्य व्यक्ति या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या मेरे लिये, कोई भी "बोतिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिये "बोतिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु नहीं है। यदि "बोतिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरिक्त अस्वीकार/नकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने या किसी अन्य सहायकता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल पूर्णतः सत्य सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं मांगते।

2. "बोतिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किसी अन्य सहायकता/प्रक्रिया का प्रयोजन रोगी के लिये हस्पताल के बीच का विवरण है और "बोतिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और सही जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "बोतिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DLO, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Sushil Kumar Ghosh	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मानव संसाधन अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>