

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K1121811930

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/10/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SASTHI METYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

HEM METYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KIRANDEE BHATTARAK, BANGKUNIA, 122204,
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. स्थायी आय प्रमाण

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छीकें या नहीं 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 संबंध
1.	SASTHI METYA	60	F	SELF
2.	RAJUL METYA	35	M	SON
3.	ANAL METYA	34	M	SON
4.	SUKAMAL METYA	32	M	SON
5.	MALATI METYA	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली ईश 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 करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	THROAT - Chikitsa - 16
2.	Surgeon - 16 (Surgery)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कोई भी सहायता पत्र

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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/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 प्रार्थना प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की रिफंड नहीं करूँगी और न ही बीमा में दावा करूँगी।

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 it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, मुद्रित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि वे मेरी प्रार्थना प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किसी भी माध्यम से उपयोग कर सकते हैं, जिसमें मुद्रित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से उपयोग करने के अधिकार को प्रदान करने के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांगी जा रही है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से न मिले, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार होगा, जो कि हमारे पास है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसीलिए हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई अधिकार नहीं है कि हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संयुक्त**

Date of Surgery आपरेशन की तारीख 12/12/18	Shanker Nag (OPHTH) (Name of Dr. & Register No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2