

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

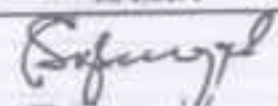
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K11248/1933		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10/10/19	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MAYA GARAI		AGE-YEARS आयु-वर्ष 72	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम MAGARAM GARAI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास KUNJIA GALLI, WEST BENGAL 712202, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास - BT MIDRA -			
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : ☐ हाई / ☒ नो			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	MAYA GARAI	72	F
2.	MAGARAM GARAI	84	M
3.	LAKSHMANA GARAI	48	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)			
Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निशान का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जुड़े की गई प्रतिलिपि संलग्न		
1.	प्राथमिक - CATARACT - RE.		
2.	Surgery - RE (SINUS)		
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?			
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 नीचे पढ़ें) 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 rescission/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 पर बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे भी सत्य माना जाये कि वह सही है। 2) मैं इस आवेदन में मागता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में पता लगा है। 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद भी, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो एवं विवरण से मुझे चिकित्सीय और आर्थिक सहायता के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने में लिख अधिकृत है। मैं इस का विवरण भी इसमें जो पता है वह सत्य एवं सही है एवं मैं लिख "कोशिका फाउंडेशन" से नाम अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के हेतु दिये जा रहे हैं, उनसे मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस आवेदन में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टी को दिये गये अधिकार और अधिकृत होता है।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप		
		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण) 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 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. हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर दिये जा रहे हैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सकेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता की कमी को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमारा पूर्णतः सहायता हेतु सिफारिश करने का हमारा उद्देश्य है कि हमारे रोगी को सहायता मिले। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय सहायता होगी। रोगी का इलाज और उसका सुरक्षा का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्राप्त होना या नहीं, इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। रोगी के इलाज और सुरक्षा का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृत की जायेगी		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. H. Shanker Nag MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Reg. No. 6468) राजेश्वरी चिकित्सालय & रिसर्च सेंटर	Shishu Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) राजेश्वरी चिकित्सालय & रिसर्च सेंटर
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 