

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : K/1218/1936 APPLICATION DATE : 12/12/18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LAXMI KUNDU AGE-YEARS 85 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KENARAM KUNDU
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MATANGA JI NO-25 KHAMRABHARADWASA -
BANKURA HIGUOL, HOUST KHAMRABHARADWASA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. XXXX XXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर 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 के साथ सम्बन्ध
1.	LAXMI KUNDU	85	F	SELF
2.	KENARAM KUNDU	85	M	HUSBAND
3.	ARCHIT KUNDU	13	F	DAUGHTER
4.	SHILP KUNDU	11	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्ता/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित दवा संलग्न
1.	<u>MATANGA JI NO-25 KHAMRABHARADWASA - BANKURA HIGUOL, HOUST KHAMRABHARADWASA</u>
2.	<u>SURGERT- Re (Surgertol)</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को ध्यानपूर्वक जानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में किसी भी प्रकार से मुझे कोई भी सहायता या भुगतान किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं मिलेगा और मैं इसे भी नहीं लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, के माध्यम से, जिसमें कि मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के किसी भी प्रकार का उपयोग, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, के माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा किया जाएगा, जो मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली 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.

इहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने/हमारे को अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दस्तावेज़ के अंतर्गत यह मान्यता दी जाती है कि कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भुगतान या भुगतान नहीं करना है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे/हमारे द्वारा दी गई सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा किया जाएगा, जो मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला कर सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/12/18

Dr. Hari Sankar Nag

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हॉस्पिटल का नाम और पता

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 ट्रस्टी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 ट्रस्टी