

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K11218/1938**  
आवेदन क्रमांक :

APPLICATION DATE : **12/12/18**  
आवेदन दिनांक

NAME of APPLICANT : **JHARNA BAYEN**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **44** SEX **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME : **NEHAJI BAYEN**  
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **BAUKI BATTALA DABBER SANAR POE SUBANSI GRAM, SOUTH 24 PARGANAS HADUT, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**

OCCUPATION : **HOUSE WIFE**

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को कान ही 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 से सम्बन्ध
1.	JHARNA BAYEN	44	F	SELF
2.	NEHAJI BAYEN	56	M	HUSBAND
3.	SANIKHA BAYEN	19	F	DAUGHTER
4.	PRADIP BAYEN	15	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये किये जायें

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर को छाप उठि प्रमाण को)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर को छाप उठि प्रमाण को)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर को छाप उठि प्रमाण को)	<b>Any Other Basis/Proof</b> आप कोई प्रमाण
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये किये का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयाम/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी को प्रमाणित किये प्रमाण
1.	<b>DIAGNOSIS - CHARRAET - Re.</b>
2.	<b>SURGERY - Re (Sect 204)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से प्राप्त किये हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आप स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED को प्रमाणित किये

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो प्रस्ताव खारिज हो या रद्द हो सकेगा।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलेगी, तो वह केवल इस प्रस्ताव में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जिसके लिए मैंने सहायता का अनुरोध किया है।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वापस लेने का प्रयास नहीं किया है और नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा सहमति)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 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.
  - 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रस्ताव में उल्लिखित है, उसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रयोग कर सकते हैं। मेरे प्रस्ताव का उद्देश्य पूरा करने से पहले या बाद में मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है।
  - मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउण्डेशन के ट्रस्टी द्वारा प्रकाशित या प्रसारित नहीं किया जायेगा। इस प्रस्ताव में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित होने वाले मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउण्डेशन के ट्रस्टी द्वारा प्रकाशित या प्रसारित होने से मेरी कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:
- 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.
  - 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, इससे नीचे की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउण्डेशन" के लिए सिफारिश करने वाले (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत एवं स्वीकार करते हैं।
- यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जब तक कि "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें अपने उपचार के चयन और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी पड़ेगी।
  - "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और सुरक्षा के लिए हमें पूरी जिम्मेदारी लेनी पड़ेगी। "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता के माध्यम से हमें कोई भी वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

<p>Date of Surgery अर्थीक को उद्देश्य</p> <p>12/12/18</p>	<p><i>(Signature)</i> Dr. Shanker Nigam (Name of Dr &amp; Reg. No. with Stamp) अर्थीक के लिए डॉ. शंकर निगम</p>	<p><i>(Signature)</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory) अर्थीक के लिए डॉ. शंकर निगम</p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक द्वारा सहमति)**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थीक द्वारा सहमति 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थीक द्वारा सहमति 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>