

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K/1248/1999

APPLICATION DATE : 12/12/18

NAME of APPLICANT : RUMI DHAR

AGE-YEARS : 43

SEX : F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PALTODER DHAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : नगर निवासी घर

KATON DALLS, SAME RD, SOUTH
15 PHE GANES, #49369, WEST PHANAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : नगर निवासी घर

- AS ABOVE -

OCCUPATION : गृहणी

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. : नगर निवासी घर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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 आय संबंध
1.	RUMI DHAR	43	F	SELF
2.	PALTODER DHAR	54	M	HUSBAND
3.	RUNU DHAR	19	F	DAUGHTER
4.	DEBASIS DHAR	16	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की पोथी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - ANAEMIA - RE.
2.	SURGERY - RE (SICKLE)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु यह उद्देश्य नहीं चाहता हूँ, इस रकम का भुगतान या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या इसे लिये है और मैं इसे भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चार, प्रकाशन या अन्य माध्यम से मुझे लक्षित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम हैं। मैं इसका यह विवरण भी स्वीकार करता हूँ कि मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" मेरी मदद नहीं करेगा।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना प्रार्थना के अंतर्गत से प्रेषित है मुझे नहीं मिलेगा: प्रार्थना का अस्वीकार नहीं किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णय का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**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 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार और स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता पूरी नहीं की जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस दवा के बिना या बिना किसी अन्य दवा के रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं लिया जाता है। इसलिए हस्पताल के रोगी के इलाज के लिए और उनके जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी रूप से हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Vinod Kumar Nair (Name of Dr. & Design, No. with Stamp) मुख्य चिकित्सक Koshika Foundation	Shub Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2