

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1248/1960

APPLICATION DATE : 13/12/18

NAME of APPLICANT : KENNEDIA SARDAR

AGE-YEARS : 59

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARJUN SARDAR

FATHER/SPOUSE का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KENNEDIA SARDAR

KENNEDIA SARDAR, KENNEDIA SARDAR, KENNEDIA SARDAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : KENNEDIA SARDAR

AS ABOVE

OCCUPATION : COOK

व्यवसाय

MAIUED (विधवा) / UNMAIUED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 1400x12 = 16800/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : 1234 5678 9010

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

Yes / No

क्या आप आय करदाता हैं (को सही का चिह्न लगाएं):

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.	KENNEDIA SARDAR	58	F	SELF
2.	ARJUN SARDAR	65	M	HUSBAND
3.	KARTICK SARDAR	29	M	SON
4.	SUNIL SARDAR	25	M	SON
5.	POOJA SARDAR	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे आय का (आय का नीचे आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण प्रमाण (आय का नीचे आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का नीचे आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची प्रस्तुत करें
1.	THAKUR - GASTRIC - RE.
2.	SURGERY - RE (SICSTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही 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: आवेदन दान चरण पर:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने उपचार हेतु यह राशि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 it's 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और अनुमति दान करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, संचारण या अन्य उद्देश्य से मुझे भविष्य में और उपस्थिति में के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। वे प्रपत्र का विवरण सही प्रकाश के पत्रों या अन्य वेबसाइटों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाश के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे प्राप्त: प्रकाश का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
- हस्ताक्षर/हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के "कोशिका फाउंडेशन" से निहित प्रकाश हेतु विचारित की जाती है, कि वह (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा चिकित्सक और न ही भविष्य में निमित्त प्रकाश किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं ले रहे हैं, बल्कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/विचारित उक्त के प्रमाण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाश निमित्त अतिरिक्त/अन्य हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायी संस्था या किसी अन्य प्रमाण से प्रमाण लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रकाश प्रीति पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह प्रकाश केवल निमित्त प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही वह प्रकाश या किने गये उपचार/उपचार का प्रमाण रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और गंभीरता को ध्यान में रखते हुए प्रमाणित करने की होगी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/12/18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ हस्ताक्षरSankar Bagchi
Director(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2