

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.: 111218/1961

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/10/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANDHYA GHOSAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60

वर्ष-वर्ष

SEX F

लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAJENDRA NATH

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

13/1 RAJA RAJKRISHNA STREET, BEADON STREET, KOLKATA 700066, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE

स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. 1234567890

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो नाम हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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.	SANDHYA GHOSAL	60	F	SELF
2.	VIKAS GHOSAL	31	M	SON
3.	MAHAT GHOSAL	30	M	SON
4.	ANITA GHOSAL	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिका/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- L.E.
2.	SURGERY- L.E (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 झूठा कथन एवं कथन असत्य सत्य साबित हो तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या उसके बाद भी नहीं, उस राशि का भुगतान या वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, सार्वजनिक रूप से प्रसारित से मुझे भविष्य में और वर्तमान में मेरे लिये किसी भी प्रकार का लाभ हो सकेगा करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पत्रों पर सत्य है और मैं अपने सभी "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रार्थना से उत्पन्न होने वाले हैं मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित भविष्य में भविष्य और सार्वजनिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) द्वारा प्रपत्र के पत्रों पर हस्ताक्षर करने के।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें प्रार्थना कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्राप्त करना है और हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हमें सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें अपने सभी उपचार और अपने पत्रों की ओर से जिम्मेदारी होती है और हमें सहायता की ओर से "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पता व छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पत्र द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इलाका 2