

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : K11218/1972		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम ✓ SAKINA BIBI		AGE-YEARS आयु-वर्ष 40	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम DAYAT MANDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास DHOT PARA, JAGDAL, NORTH 24 PARGANAS, JHARKHAND, INDIA			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास - AS ABOVE -			
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ✓	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
PAN No. पैन नंबर			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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
1	SAKINA BIBI	40	F
2	ABDUL ANSARI	41	M
3	SAMREEN KHATUN	13	M
4	NADIFAM KHATUN	15	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
SELF			
HUSBAND			
SON			
DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति योग्य करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का आय का आय का (आय पर की जाय प्रति योग्य करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति योग्य करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निशान का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आय/आय/आय के साथ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	DIAGNOSIS - CATARACT - R.		
2	SURGERY - R (SUCCESSFUL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता जारी	

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँगा तो मेरा आवेदन एवं सहायता कायम रहने के लिये मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा हिस्से के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए या इसी उद्देश्य के लिए नहीं आवेदन करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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-upreproduce 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, छाप, संचारण द्वारा उद्देश्य के पूर्ण अथवा हिस्से के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी देना के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

- 1) कि हम या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत, हम "कोशिका फाउंडेशन" को हमारे मामले में कोई भी भूमिका नहीं लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे चिकित्सा उपचार के चयन का निर्णय हमारे चिकित्सक और रोगी के बीच का होगा, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता से प्रभावित नहीं होगा। हमारे चिकित्सक और रोगी के बीच का निर्णय ही होगा कि हमें सहायता मिलेगी या नहीं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की तारीख और पता के साथ छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे चिकित्सक और रोगी के बीच का निर्णय
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2