

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : ४/१२/१८/२०००

APPLICATION DATE : 14/12/18

NAME of APPLICANT : PURNIMA GOLU

AGE-YEARS ६२

SEX F.

FATHER/SPOUSE'S NAME : BHINCHANDRA GOLU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बंगला जमाली पहा

DYNAGAR, SAMBAPUR, HANGRA, CHHISOL, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वहाँ स्थायी पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

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

PAN No. वहाँ का पता

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	PURNIMA GOLU	62	F	SELF
2.	BHINCHANDRA GOLU	75	M	HUSBAND
3.	GANESH GOLU	68	M	SON
4.	KUTUMBAH GOLU	65	M	SON
5.	TARA DADA GOLU	70	M	SON

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT - RE.
2.	SURGERY- RE (CCTV)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो पत्र सहायता पत्र

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 KushiKa 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 पर बताना चाहता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत एवं कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", को जो राशि मिलेगी, प्रमाण प्रमाणित सभी व्ययों को पूर्णतः के लिए प्रयोग करूँगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या प्रमाणित नहीं करूँगा। इस राशि का उपयोग या प्रमाणित किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो निरास हो जा सकती है और मैं इस पत्र में सहमत हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (article 220 WSA)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस तरह का जारी इकाया या अर्ज़ी की तबत तक, मैं (अर्ज़ीकर्ता) अपनी छवि की प्रति या तबत तक मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस तरह से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित या प्रसारण के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित और प्रोत्साहित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार या प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं या मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या इसके अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्ज़ीकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के ट्रस्टी के अधिकार है मुझे सहायता: फाउंडेशन का इकाया या अर्ज़ी। इस दस्तावेज़ में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित या प्रसारण के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित और प्रोत्साहित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

... ..



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का अनुमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiwa Foundation, we (Institution) hereto 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.

क्यों अधिकतर बंगाली को और से बंगालियों को "सitting bangles" से बिलि माना है। सिद्धांत में नहीं है, जिसे हम (बंगाली) फिर प्रेम से मान न सहीकर पाते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

काशीकुली के दिग्ग संसदुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 14/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. क. केशव मुखर्जी के द्वारा	Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. ए. ए. इमरान अहमद अहमदी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: [Blank]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: [Blank]
	