

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/1281/2001		APPLICATION DATE: 14/12/18		 Koshika foundation Building Block of life	
NAME of APPLICANT: SHYAMALI SAMANTA		AGE-YEARS 60 SEX F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BASUDEB SAMANTA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: INDRAKANTA, PANCHILA SAMAR, HORDHAN, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOMI MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): 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.	MALETI SAMANTA	60	F	SELF	
2.	RAJIB SAMANTA	37	M	SON	
3.	DEBK SAMANTA	33	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधि/प्रीस्क्रिप्शन् की प्रतियाँ संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CHANAK - LG				
2.	SURGARY - LG (GASTRO)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाए हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी गलत विवरण एवं झूठे कथन मेरा प्रारूप और मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्णतः, या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूंगा और न ही किसी भी कंपनी से ले सकूंगा।

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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसके "कोशिका" दवायु, चिकित्सा, चिकित्सा प्रक्रियाएं, मेरी प्रतिक्रियाएं और उपचारों के बारे में जानकारी के लिए अन्य स्रोतों से सहायता के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रारूप पर मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के त्रुस्टी अधिकृत हैं।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भविष्य के प्रतिश्रुति के प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" दवायु, चिकित्सा, चिकित्सा प्रक्रियाएं और उपचारों के बारे में जानकारी के लिए अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल 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 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.

इससे अधिकृत, हमारी ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण की जांच है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार नहीं है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी मान्यता देते हैं कि सहायता के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने से नहीं संकोचेंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि हमें इसे उपयोग के लिए नहीं करना है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत है और "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने से नहीं संकोचेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर सहित मुद्रा Dr. Shobhit Singh MD, DNB, FRCS Regn. No. - 50871 Koshika Foundation & Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के प्रतिनिधि के नाम, पद और मुद्रा सहित अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी 2 का हस्ताक्षर