

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K11218/2010** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **4/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम : **MARAYAM BIBI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **50** SEX / लिंग : **F.**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **SAHEB ALI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता :
**MARAYAMPARA TEKCHINDARA BANGALAHAT
NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **वर्तमान निवास पता**
- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय : **COOK.** MARRIED (पतिव्रत) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **Rs 1500x12 = 18000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / 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 / आवेदन करने वाले से संबंध
1.	MARAYAM BIBI	50	F.	SELF
2.	SAHEB ALI	61	M	HUSBAND
3.	KHALID ALI	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न कारण

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड का प्रमाण संलग्न करें	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय का प्रमाण संलग्न करें	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड का प्रमाण संलग्न करें	<input type="checkbox"/> 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 / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE.
2.	SURGERY- RE (SOSTIOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / इसे प्राप्त राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शन करने वाले के लिए)

- 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/termination.
 - 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 बताने के लिए इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण सही सचवादी के अनुसार बता रहा हूँ। यदि कोई झूठा विवरण दूँगा तो मेरा आवेदन एवं जारी की गई सहायता, यदि कोई हो, खारिज/अन्ततः किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ बताने के लिए "कीटिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस फॉर्म में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस आवेदन में उल्लिखित है।
- 3) मैं यहाँ बताने के लिए कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से सहायता प्राप्त करने से इंकार करता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शन करने वाले के लिए)

- 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/duplicate/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शन करने वाले) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कीटिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए आ रहा हूँ, के माध्यम से, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, करके दानों को एकत्रित करने के लिए और/या कीटिका फाउण्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग का निर्णय कीटिका फाउण्डेशन के ट्रस्टी के पास होगा और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
- 2) मैं (अर्शन करने वाले) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए आ रहा हूँ, के माध्यम से, किसी भी प्रकार से, सहायता प्राप्त करने के लिए स्वतः ही अधिकार नहीं मिलेगा। सहायता प्राप्त करने के लिए कीटिका फाउण्डेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शन करने वाले के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)

- 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 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.
- इसके अतिरिक्त, इससे नीचे के अनुच्छेदों को "कीटिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार कर रहे हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेंगे, जैसा कि हमें "कीटिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, तब तक कि हमें "कीटिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि "कीटिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत हम स्वीकार करते हैं कि "कीटिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता मांगने के लिए हमें किसी भी प्रकार से, किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने से इंकार करना पड़ेगा।
 2. "कीटिका फाउण्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय होगी। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करेगा कि उसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कीटिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और अंतिम जिम्मेदारियों को संभालना होगा और "कीटिका फाउण्डेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शन की तारीख 14/12/18	Dr. K. Ghosh M.S., D.O., DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Reg. No. & Registration Centre) डॉक्टर का नाम व पता व पंजीकृत केंद्र	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व पद हस्ताक्षर अतिरिक्त अतिरिक्त
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	