

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1218/2019

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

15/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

BASANTI RANA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

JANU ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

25/1, PULIN KHATIK, TANAKA
KOLKATA - 700016, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय

DOMESTIC HELP.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

Rs 1400x12 = 16800/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. आय का आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाना हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	BASANTI RANA	56	F	SELF
2.	KARTIKA RANA	24	M	SON
3.	PANASH RANA	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सुरक्षित रेशन कार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पर की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण प्रत (प्रमाण पर की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रस्योक्त कार्ड (प्रमाण पर की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूषी संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT-LE.
2.	SURGERY-LE (SISTROL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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 प्रकरण में मिलने वाले सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे ज्ञात करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से मिले हैं और न ही भविष्य में मिलेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दम्पन नामों, पता, सम्बन्धित रूप से उद्देश्य के मुद्दे पर विज्ञापन और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उद्देश्य का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पते या पते के पते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे पता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दम्पन नामों के अतिरिक्त और सम्बन्धित जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता हेतु विवरण को जारी है, कि यह (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करता है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए मदद मिलेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हस्पताल को अपने अधिकारों का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता के लिए मांग करने वाले रोगी के लिए सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या मदद को उपयोग के लिए या पुनः उपयोग के लिए नहीं किया जा सकता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर के रोगी के हस्ताक्षर और अपने नाम की सही प्रमाणित करने के लिए हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या प्रमाणित इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

15/12/18

Dr. K. Ghosh
MS, DO, DNB, FRCS
Reg. No.-50971
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप

Dr. Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
रोग या रोग हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार हस्ताक्षर 2