

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/2018

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

CHINTA MONI DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

DIJENDRA NATH SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

7, SILLANDI LANE, KALKA TA 700015,
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल 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	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1.	CHINTA MONI DEVI	52	F	SELF
2.	DIJENDRA NATH SHAW	52	M	HUSB

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आता हूँ (आता हूँ तो चिह्न डालें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आता हूँ (आता हूँ तो चिह्न डालें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आता हूँ तो चिह्न डालें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनोद 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 (SUGGESTED)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वा प्रेनत वर)

- 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तो मैं उसे नहीं बदलना/रद्द करने की कोशिश करूँगा।
- 2) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पर्यटन है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में, इस उद्देश्य के लक्ष्य के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम लेऊँगा और न ही बीमा में सूचना दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शेक द्वा कर)

- 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रमाणित करूँगा, जो मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को दानों को आमंत्रित करने के लिये प्रमाणित करेगा। मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को दानों को आमंत्रित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये प्रमाणित करेगा।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये प्रमाणित करेगा, जो मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये प्रमाणित करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वा कर)

- 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.
- हम यहाँ प्रमाणित कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से निवृत्त नहीं हो रहे हैं, बल्कि हम (हस्पताल) वित्तीय सहायता से निवृत्त नहीं हो रहे हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से निवृत्त नहीं हो रहे हैं, बल्कि हम (हस्पताल) वित्तीय सहायता से निवृत्त नहीं हो रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और सुरक्षा के मामले में हमारे पास पूर्ण जिम्मेदारी है। "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शेक के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शेक की तारीख 15/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. - 50871 (Name of Dr. A. Sign. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हम हस्ताक्षर प्रमाणित अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शेक उपर्युक्त है

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शेक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शेक हस्ताक्षर 2