

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Worth of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

K/1218/2043

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि :

13/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम :

JHARNA DUTTA

AGE-YEARS / आयु-वर्ष :

65

SEX / लिंग :

F

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

DULAL CHANDRA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :

 190 DASPARA ROAD, PURBA BARISHA,
THAKURPURA, SOUTH 24 PARGANAS,
700063, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :

AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय :

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय :

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSED (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर काटा है (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं):

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 आवेदक से संबंध
1.	JHARNA DUTTA	65	F	SELF
2.	BISWARAJ DUTTA	63	M	SON
3.	BHARATI DUTTA	40	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न विकल्प चुनें

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी बी रेशन को दीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोख काई (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SR 5710L)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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/forfeiture.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ या गलत जानकारी दूँ तो मेरी प्रार्थना पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे मिलाने की कोशिश नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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-up/republish 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हूँ और "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए, जिसमें मुझे उपचार करने के लिए या मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिल रही है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिल रही है।
- "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने के लिए मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे मिलाने की कोशिश नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का 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 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 घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं और स्वीकार करते हैं कि:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करना पड़ेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और प्रक्रिया के चयन में "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को उपचार के चयन और प्रक्रिया के चयन में पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/12/18

Dr. Anil Agrawal
MS, FRC(S) - REFSNEC
Reg. No. 3180
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व इलाका में उल्लेख करें

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व हमारा इलाका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर