

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/12/8/2054

APPLICATION DATE: 12/12/18

NAME of APPLICANT: BHARATI BAG

AGE-YEARS 53

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAN BAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती गरीब पुर

BANKANIPUR, NEPAL GANJ, SOUTH 24

PARGANAS, 780103, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वार्ड गरीब पुर

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1500 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. वार्ड गरीब पुर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप क्या आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	BHARATI BAG	53	F	SELF
2	BARUN BAG	30	M	SON
3	ANJALI MONDAL	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे आय पर (आय पर की जाय छति होलन को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय छति होलन को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय छति होलन को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे 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 (SICST 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरुद्ध एवं कथन असत्य पाया जाये तो मैं सभी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पूर्ण "कीटिका फाउन्डेशन", से जो कि सही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के, या इस बात का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कीटिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कीटिका" समूह, पत्रिका, दूर, संचारण द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित करने के लिये किसी भी उपाय अपनावे में प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार से इस बात को पता है कि मैंने अपने नाम के लिए "कीटिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को कि सहायता से उद्देश्य के अर्थ में प्रचारित/प्रसारित करने का अधिकार है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कीटिका" समूह, पत्रिका, पत्रिका और संचारण के द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने की "कीटिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरक/पूरक ले लेंगे या ले रहे हैं, जबकि हमने "कीटिका फाउन्डेशन" से निवेदन/प्रार्थना उसी के सम्बंध में "कीटिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कीटिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत की जायेगी तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रपत्र में उल्लेख है कि सहायता वित्तिय प्रकृति की होगी।

2. "कीटिका फाउन्डेशन" से जो कि सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। कोई भी हस्ताक्षर इस बात को सत्यता के लिये हमें प्रमाणित/प्रमाणित का प्रमाण देने एवं हस्ताक्षर के और का विचार है और "कीटिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में होने के प्रमाण सुरक्षा और अपने अपने को सही विवेचनी देने एवं हस्ताक्षर की होने और "कीटिका" को कोई प्रमाण या विवेचनी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रमाणित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/18	DR. ASHOK AGRAWAL MR. H. L. PALANI Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इतिहास व पंजीकृत	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2