

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/2061

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

GITA NAG

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

LATE SADHAN NAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ANILABARI, LITPAR HARISHCHANDRAPUR,
MALDA, 732125, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो वास्तव में उदा या नहीं 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 से संबंध
1	GITA NAG GITA NAG	63 53	F F	SELF DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/प्राप्ति प्रमाण
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SUCCESSION)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सहायता प्राप्त नहीं है तो यही सहायता निरास हो या ख़त्म हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता तब "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी रूप में, इस बात का अधिकार या सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रमाण का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक या अंगूठे की छाप लगाकर हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का प्रमाण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मेरी छवि और विवरणों को लाने के लिए मेरी छवि का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी छवि के उपयोग के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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 ओर से आगे के पत्र/रिपोर्ट को "कोशिका फाउंडेशन" से निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) निधि प्रदान के पत्र न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में निधि सहायता बिना किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगी/करने में लगे या ले रहे हैं, बस के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/रिपोर्ट प्राप्त के अन्तर्गत मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निधि अतिरिक्त/अन्य हेतु प्राप्त नहीं किया जाय है तो सहायता बिना अन्य किसी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता निधि प्राप्त करने के बिना कोई भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले सकती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं या सहायता संगठन निधि प्रकृति को है। यदि यह सहायता प्राप्त हो गई सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं सहायता को बीच का निधि है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निधि प्रदान का कोई पत्र नहीं है। इसलिए सहायता में लेने के अन्तर्गत सुरक्षित और अपने अपने को सही सिफारिश लेने एवं सहायता को लेने और "कोशिका" को कोई सुरक्षित या सिफारिश प्राप्त करने में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम या इकाई का पद

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
जान व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदनक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदनक 2