

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

K/1218/208

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

18/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

UTTARA SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

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

NOBO SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

1. B.P. GUPTA PATH, TITAGARH, NORTH 24
PARGANAS, JALPAIGURI, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION:
व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

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

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो नाम हो उस पर चिह्न लगा दें)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.	UTTARA SINGH	69	F	SELF
2.	SHRISHRUTI SINGH	44	M	HUSBAND
3.	KRISHNA SINGH	41	F	SON
4.	GHARATI SINGH	36	F	DAUGHTER
5.	ARUN SINGH	25	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (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 Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	TRIMETHOPRIM - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वाला कथन प्रस्तुत किया जाये तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द करने का अधिकार होगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, इस या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए सहायता अनुरोध की गई है/प्रदान की गई है, के माध्यम से, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह, के माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/वाला कोशिका फांडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए किया जा सकता है। मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन, मेरी सहायता प्रदान करने के लिए, मेरी पहचान, मेरा पता, मेरी फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कर सकते हैं। मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन, मेरी सहायता प्रदान करने के लिए, मेरी पहचान, मेरा पता, मेरी फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कर सकते हैं। मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन, मेरी सहायता प्रदान करने के लिए, मेरी पहचान, मेरा पता, मेरी फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

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.

इस प्रकार, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत हैं:

1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने की कोशिश कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हम कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता के अभाव में अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की कोशिश कर सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं कर रहे हैं, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं कर रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन करने का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" इस निर्णय को प्रभावित नहीं कर सकता है। इसलिए, हॉस्पिटल को उपचार का पूर्ण उत्तरदायित्व और रोगी की सुरक्षा के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/12/18

(Name of Dr. & Regy. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुहर

Shib Sankar Bagchi

Director

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]