

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/2103

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SUMITRA BAIDYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

SANTOSH BAIDYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता

CHANDRA MOHAMMAD, SOUTH 24, PARGANAS,
TUGSHER, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान 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 प्रस्तुत करें)

PAN No. : आयकर पत्र संख्या

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

क्या आप आयकर कादाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1.	SUMITRA BAIDYA	58	F	SELF
2.	SANTOSH BAIDYA	65	M	HUSBAND
3.	BISEWANATH BAIDYA	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

EPL Card (Attach Card Copy) पट्टीकी रोजा के साथ प्रदान करें (प्रदान पर की जाय उचित संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रदान करें (प्रदान पर की जाय उचित संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रदान पर की जाय उचित संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गले निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधार से जारी की गई उपचारेण सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STEC + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त मय हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

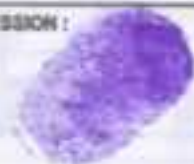
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं यहाँ बताना फिर भी वास्तविक है।
- 2) मैं इस बात का आग्रह करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं करूँगी और न ही किसी भी रूप में।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- 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 प्रश्न पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि की छवि बताना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में जो दिया है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रश्न का विवरण जो प्रश्न में बताना है वह मैं अपने "कोशिका फाउंडेशन" के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी करने के अधिकार है केवल कोशिका फाउंडेशन के द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 भरोसे के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त नहीं करूँगी और न ही किसी अन्य स्रोत से इस रकम को पूरा करने के लिए। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं मिलती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित रकम को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के अतिरिक्त अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हम बताना चाहते हैं कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे हॉस्पिटल को इस सहायता का उपयोग केवल वित्तीय प्रकृति के लिए करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता का कोई भी उपयोग नहीं है। हमारे हॉस्पिटल में कोई भी सहायता प्राप्त की जाएगी और हमें कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ स्टैम्प

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
आप व आप हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवश्यक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवश्यक 2