

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/12/18/2151

APPLICATION DATE: 21/10/18

NAME of APPLICANT: JANEYARA MONTAL

AGE-YEARS: 45

SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: AMIN MONTAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TAILOR ESTATE, JAYNAGAR-1, SOUTH 24

PARAGANAS, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. (आपका PAN नंबर)

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

Yes / No

(आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर छी का चिह्नन करी):

हाँ / 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 क्या संबंध
1.	JANEYARA MONTAL	45	F	SELF
2.	AMIN MONTAL	68	M	HUSBAND
3.	GULIANA MONTAL	21	F	DAUGHTER
4.	BARVEEN MONTAL	18	F	DAUGHTER
5.	AKHIL MONTAL	14	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS: CHOLELITHIASIS
2.	SURGERY: LC (GASTROT)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल गया 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: (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 प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारण में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर)

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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सम्बन्धी सभी मुद्दों पर सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, संचारण एवं इंटरनेट से मुझे धन/वस्तु/सेवाएं और दवाइयों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रदान करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण भी समझता हूँ कि यह सब करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग हैं उनके द्वारा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त सहायता का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर)**

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, हमारी ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जाय तो हम सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस मुद्दे पर स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता सिर्फ वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगी के लिये है सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के लिये यह सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगी के लिये या बिना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ये रोगी के लिये सुरक्षित और सही करने की सही निर्णयों को एवं हमारा ओर रोगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या निर्णयों इस सम्बन्ध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/10/18	 Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे वरिष्ठ हस्ताक्षर अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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