

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : 4/1218/2153

APPLICATION DATE : 21/12/18

NAME of APPLICANT : RIZIKA PARI HALDAR

AGE-YEARS : 53

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : YAKUB HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 14 MARGANIS, NEW 33019, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का वार्षिक आय)

PAN No. : 1234 5678 9010

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

Yes / No

आप आय कर कादा हैं (को मान्य हो उस पर गिनी का चिह्न लगाएं)

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.	RIZIKA PARI HALDAR	53	F	SELF
2.	YAKUB HALDAR	66	M	HUSBAND
3.	ANIRUDDIN HALDAR	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरी सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L
2.	SURGERY - L (SUCCEED)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पुरानी

DECLARATION by APPLICANT: જાહેર રૂઝ વાંચવા છે.

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी प्रार्थना है कि मैं इसे सही कर दूँ।
- 5) मैं इससे प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगी, जिसके लिए मैंने इस प्रमाण में सहायता माँगी थी।
- 6) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण में माँगी गई सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड करूँगी और न ही किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 2nd copy)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 स्वरूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत प्राप्त है कि वेद पत्र, नाम, पते और अन्य विवरण इस स्वरूप में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा न्यासी, घर, चरकचक्र द्वारा उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और उपलब्धियों के लिए प्रसारित की जा सकती है। इस प्रकार का प्रसारण मैं इससे पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पत्र, नाम, पते और विवरण को कि फाउंडेशन को उद्देश्यों के प्रसारित है मुझे स्वतः फाउंडेशन का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल के बर)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

कर्मों की प्रशंसा, उपासकों को जोर से सम्बोधित कर के "कीर्तिदा गुरुदेव" से मिलिये आनन्द। हेतु विचारणा भी करते हैं, जिसे हम (गुरुदेव) फिर प्रकाश से मान्य व प्रदीपित करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

समृद्धि के लिए संयुक्ति

Date of Surgery 21/12/13	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCs Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Koshika Foundation & Research Centre	Shri Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकाष्ठ अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इसकाष्ठ 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इसकाष्ठ 2 	