

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2172

APPLICATION DATE: 01/01/19

NAME of APPLICANT: LATIKA DEBNATH

AGE-YEARS 83

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BANOTOSH DEBNATH

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

DIGHALPAR TARI ROAD BAKARBAR GHAKTARI KARMARSA
PARA, BASTHAT, NORTH 24 PARGANAS - 743411
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: घरमाली

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थायी आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर 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.	LATIKA DEBNATH	83	F	SELF
2.	SCANTIN DEBNATH	64	M	SON
3.	DELY DEBNATH	64	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न
1.	MAGNETIC CATARACT-LE.
2.	SURGERY-LE (SICR+20L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वास्तविक सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी प्रार्थना प्रस्ताव को निरस्त कर देगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से प्राप्त की गई सहायता, केवल इस प्रारूप में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की रकम की मांग नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/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 fulfilment 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा 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 प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकें और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैला सकें। मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का इस प्रकार का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है। मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 the matter.

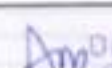
हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत हैं कि हम किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं मांगेंगे, जो कि हम (हस्पताल) को कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

1) कि हम (हस्पताल) को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जो कि हम (हस्पताल) को कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन हमारे लिए सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हम (हस्पताल) को कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हम (हस्पताल) को कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। हम (हस्पताल) को कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 01/01/19	 Dr. Arindam Deb M.D., F.R.C.S. Reg. No. 58098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ करें	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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