

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0119/2253

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/01/19.

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ANJALI DEBNATH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

43

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

BIMAL PANDIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHOPHARHAT, BARASAT, MATIHATAPUR-1,
POOCH 24 PARWANAS, 743349, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 1200 x 12 = 14400/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. यदि खाली संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
1.	ANJALI DEBNATH	43	F	SELF
2.	TAPPAI DEBNATH	56	M	HUSBAND
3.	PARITRA DEBNATH	20	M	SON
4.	RAHEL DEBNATH	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

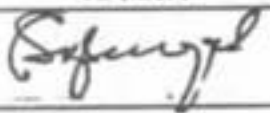
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGICAL RE-(SLCS + ROL)

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 ही गई सहायता राशी

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 प्रकरण में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से सही था नहीं है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, इस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोक/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या मोहर की सहायता, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को उपयोग करने के लिए सौंप देता हूँ, जिसके माध्यम से वे मेरी जानकारी का उपयोग कर सकते हैं, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिए या "कोशिका फाउंडेशन" के बारे में जानकारी को फैलाने के लिए। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउंडेशन" के "ट्रस्टी" के पास होगा, और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके 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 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं। 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, जिसके माध्यम से हमें सहायता मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता मिलने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करता है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश किया जाता है, और इससे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए प्रस्तावित		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.01.2019	Dr. Anil Kumar Mondal M.B.B.S, M.S. Reg. No. - 71388 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. 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		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 