

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(रोगाभ्य रोकथाम)



APPLICATION No. : **K/0119/2283**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **05-01-2019**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **GIRZA PASWAN**
 आवेदनकर्ता का नाम

AGE-YEARS **53**
 आयु-वर्ष

SEX **M**
 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LALJIT PASWAN**
 पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **15/A/10 GOBINDA KHATIKAR ROAD, THAKARA, KOLKATA 700015, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**

OCCUPATION : **RICKSHAW PULLER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1500 x 12 = 18000/-**

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

PAN No. **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No
 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 आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1.	GIRZA PASWAN	53	M	SELF
2.	PAIKPATI DEVI	41	F	WIFE
3.	SANJIT PASWAN	20	M	SON
4.	DHANANJAY PASWAN	18	M	SON
5.	MUJJA KUMARI	16	F	DAUGHTER
6.	MUNYA DEVI	12	F	DAUGHTER
7.	CHUNCHUN DEVI	9	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एनडीएस कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS (HEARDFRE)
2.	SURGERY RP (ST.CS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वा प्रयोग पर):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो प्रकरण का निरास हो जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, इस दवा का खर्च या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा 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/print-upreproduce 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) यहाँ सहमत हो चुका हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्ति' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकते हैं, जो "कॉशिका" द्वारा माँगा गया है, और, आवश्यकता पड़ेगी तो अन्य स्रोतों से मदद माँगने के लिए मेरी तस्वीर और विवरणों का प्रयोग कर सकते हैं। इस प्रकरण के लिए मेरी तस्वीर और विवरणों का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण से करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से माँगा गया है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिशोध के प्रयोग में लाया जा सकता है। इस प्रकरण में "कॉशिका" द्वारा माँगा गया है कि मैंने अपना नाम और पता सही बताना। इस प्रकरण में "कॉशिका" द्वारा माँगा गया है कि मैंने अपना नाम और पता सही बताना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा 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.

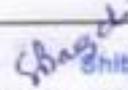
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/होते की "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने के लिए माँगा जा रहा है।

1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें माँगा जा रहा है, जो "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा जा रहा है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया वित्तीय सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से मदद माँगने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहिए कि हमें सहायता सिफारिश करने के लिए माँगा जा रहा है कि हमें सहायता सिफारिश करने के लिए माँगा जा रहा है।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव द्वा प्रयोग में लाया जा रहा है किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और हमारे बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश करने का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें अपने ही उपचार का चुनाव और अपने जाने की सही जिम्मेदारी लेनी एवं हमें अपने ही उपचार और "कॉशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2018</p>	<p>Dr.  Shanker Nag MS. (OPHTH) Reg. No. 65656 (Name of Dr. & Regn. No. with Hospital Centre) हॉस्पिटल के डॉक्टर के नाम और संख्या</p>	<p> Shish Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थक द्वा प्रयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2</p>
