

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

K/0120/3049

APPLICATION DATE:

6/1/2020

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SABITA SAHA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

आवेदक का नाम

51

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

NARESH SAHA

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KUSUMBA SAHA PARA, RAJAPUR, SARDARPUR, MAREUDRAPUR
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION:

HOUSEWIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

RS 1800 X 12 = 21600/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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 सम्बंध
1.	SABITA SAHA	51	F	SELF
2.	NARESH SAHA	54	M	HUSBAND
3.	NARESH SAHA	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTICS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — (LECSICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: जयदेव दादू भोसले पत्र

- 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 पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि भविष्य में इस या प्रत्येक की पूर्ति, इस राशि का अतिरिक्त या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (30006 100 0000)

- 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/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है। उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धन/सहाय्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रमोशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों से प्रेषित है। पुनः सहाय्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

अध्वरेक फे हाताभर पा अंगुठे आ निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना चाहिए)

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.

इससे अर्थव्यवस्था, सामाजिक और प्रशासनिक क्षेत्रों को "बोशिया फायर" से निवारित रखता है। इससे हम (अर्थव्यवस्था) निरंतर प्रगति से आगे बढ़ सकते हैं।

- 1) यह कि न तो परामर्श और न ही स्थिति में विविध सहायता किसी भी साकारता संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च होती/पावने में लगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिश्रित/विभक्त उच्च के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिक/सफल हेतु संपूर्ण नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारता संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वितीय मदर उच्च होती/पावने हेतु किसी भी साकारता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं सेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसल द्वारा दी गई सहायता या विनिर्देशन पर आधारित/प्रक्रिया का सुचारु होने एवं सम्पन्न हो बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमसल में ऐसी के द्वारा सुझा और जाने जाने को सही विनिर्देशों ऐसी एवं हमसल की होती और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अभियोगों की तारीख

4/1/2020

(Name of Dr. & Recn. No. with Stamp)

इसका का नाम है सम्राट् व रत्न, २

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नमः त्वं परं दम्पत्यं अधिकृतं अधिकृतं

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

मानविक उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमो इत्युक्त्वा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो प्रख्यातः

Herb