

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

M/0922/0265

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

01/09/22

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

SHIKHA SEN

AGE-YEARS-आयु-वर्ष

58

SEX-लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

PRODIP SEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS-वर्तमान आवासीय पता

S/G, ASHOVENAGAR, KALYANGARH, NORTH 24 PARGANAS
741222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS-स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No- स्थायी खाता संख्या

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 सम्बन्ध
1.	PRODIP SEN	58	M	HUSBAND
2.	SHIKHA SEN	58	F	SELF
3.	PRITAM SEN	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज़ा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

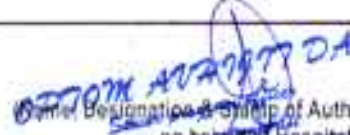
सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदाक द्वारा करल जाय)	
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 घोषणा करत हूँ कि इस फार्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फार्म में पता लगा है। 3) मैं यहाँ पर घोषणा करत हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु गैर उद्देश्य को नहीं हूँ। उस सहायता का अधिक या सबक किसी अन्य डॉक्टर/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदाक द्वारा करल जाय)	
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 फार्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शदाक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फार्म में जोड़िये हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, यात्रा, वाहन/चक्र, दुर्घटना व अन्य गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी सहमति का अर्थ यह नहीं है कि मैं अपने या मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता ले लूँगा। 2) मैं (अर्शदाक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में जोड़िये हैं, उसी उद्देश्य के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शदाक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करल जाय)	
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 नाम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या लगे रहें हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तिले करने का अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिले नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की गई सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातें की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अंगरेज को करीब 01/09/22	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) प्रमुख चिकित्सक के हस्ताक्षर व रजि. नं.
 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory रोगी पर उपचार हेतु अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम/हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम/हस्ताक्षर 2
