

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

 APPLICATION No.: M/1122/0443
 आवेदन संख्या:

 APPLICATION DATE: 06/11/2022
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: CHHAYA RANI DALAL
 आवेदक का नाम

 AGE-YEARS: 57
 SEX: F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ARUN KUMAR DALAL
 पिता/पति का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SAHARAH, MUGKALYAN HOUSRAH, 711312, WEST BENGAL
 वर्तमान आवासीय पता

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —
 स्थायी आवासीय पता

 OCCUPATION: HOUSE WIFE
 व्यवसाय

MARRIED (निवर्धित) / UNMARRIED (अनिवर्धित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. (व्याज खाता संख्या)

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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 आवेदक से क्या संबंध
1.	CHHAYA RANI DALAL	57	F	SELF
2.	ARUN KR DALAL	52	M	HUSBAND
3.	SABANI NAYEK	35	F	DAUGHTER
4.	DEBJANI MANNA	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + 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 लगे गये सहायता-राशि
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा वाक्यांश भरें)

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 यथासंभव वाक्य हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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 यथासंभव वाक्य हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करूँगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं यथासंभव वाक्य हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस सहायता हेतु या उसके अंश के लिए, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता प्राप्त करूँगी और न ही किसी अन्य स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वाक्य)

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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा शब्दों, चित्रों, दूरदर्शन या सुदूर संचार/वीडियो और इलेक्ट्रॉनिकों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप का विवरण जो इसका उद्देश्य या कार्य के बारे में बताता है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग हैं, उन्हें शब्दों, चित्रों का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए अंतिम और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक या इलाका का अंगूठा का निशान

Eshika Rani Dalal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वाक्य)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं यथासंभव को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मिलाए जाने की बात है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले या किसी अन्य रोगी से प्राप्त होगी/करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सहायता के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि/अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/करने हेतु किसी भी रोगी/रोगी के मामले या किसी अन्य रोगी से नहीं लगे/करने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्राप्त होना ही सहायता के लिए गैर-उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>06/11/22</i>	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का (नाम & रजि. नं. के साथ स्टैम्प)	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (नाम, पद और हस्ताक्षर)
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

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