

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1217/1517

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09.12.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KAJAL SINHA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRADIP SINHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

IND HARINATH DEY ROAD, MARKELDANGA,
KOLKATA - 700007, 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. उपर्युक्त खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को 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.	KAJAL SINHA	60	F	SELF
2.	PRADIP SINHA	38	M	HUSBAND
3.	SUNHA SINHA	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परिचय लेख को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर 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 किने गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा यः**

- 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 कतार हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक प्रिया को न सहायी है।
- 2) मेरी इच्छा है सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था तथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयोजन की था है, उस राशि का अतिरिक्त या सबल किसी दूसरे स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रार में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्योतीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रार में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" समूह ज्योती, घर, यात्रा/यात्रा दूरों उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रार का विषय मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ज्योती अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहाय्य का इलाका नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके ज्योतीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेष्टा के प्रकारानुसार यह अंग्रेजी का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (WFSH DO NOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकतर, इसकाफ़ी की ओर से जमाने/लोकों को "बोलिया पाठ्यपुस्तक" से मिलित सामग्री हेतु लिखाई की जाती है, जिसे हम (हमपाठ) फिर उच्च से पाठ्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही अधिकारी विहित सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से उच्च होती/पावने में होने या ले रहे हैं, यदि कि हमने "कोलिका पायनेशन" से निराधार/विधि उच्च को सहायता में "कोलिका पायनेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोलिका पायनेशन" द्वारा सहायता विधि अधिक/सहायता हेतु मनुष्य की किम बात है तो अन्याय किसी अन्य भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्याय द्वितीय पक्ष उच्च होती/पावने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले पाएंगे।
2. "कोलिका पायनेशन" से ले गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी पर हमला द्वारा दो गई सहायता या किने गए उपचार/क्रिया का मुख्य ऐसी एवं हमला को बीच का विषय है और "कोलिका पायनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीसे हमला में ऐसी को सहायता मुक्त और अन्य करने की सही जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला की होती और "कोलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सम्बन्धकारी के लिए संरक्षित

Date of Surgery 09.12.18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Arindam Deb MRS, DO, FRCS Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Sankar Bagchi Director Research Centre
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય હરભદ્રા ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય હરભદ્રા ૨
	