

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0618/0584		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 18/06/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: DIPALI SAHA		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 75	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: JURAN SAHA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता NARAYANPUR, NADIA, 741249, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता AS ABOVE			

OCCUPATION: व्यवसाय: HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. स्पष्ट/खाली संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	DIPALI SAHA	75	F	SELF
2.	BIDHAN SAHA	71	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किसे गये विवृति का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + 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 करी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: जारीत कर संयम वर

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न 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) मेरी इस बात का गारंटी है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या प्रत्यक्ष की या है, उस एग्री का भुगतान या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless DTH WDT)

- 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 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 प्रश्न पर अपने इसका या अपने की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, वाचकत्व दानों इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के इच्छाओं से अधिलेखित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदक को इसका या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO HCR)

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.

बनाने अधिकतर कर्मचारी को जोर से आवाज़ें देती जो "कॉलेजिआ फ़ार्मास्यूटिकल" से विविध आवाज़ें देते विचारों की जाती है, जिसे इन (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से पाने व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संचयन और न ही सीधिये में विविध सहायता किसी भी सावकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा लें/पायल में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से निजिजीविकिकित उठा के संचयन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायक हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो समस्तता किसी अन्य भी सावकारी संस्था या किसी अन्य संचयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आयपाल द्वितीय मदर उठा लें/पायल हेतु किसी भी सावकारी संस्था या किसी अन्य संचयन से नहीं ले/पायलें।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता सीधे विविध उद्भूति की है। रोटी पर इस्पात द्वारा दो गई सहायता या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का पुनः लेनी एवं इस्पात को सीधे का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिये इस्पात में लेनी के इरादा सुरक्षा और अपने खाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं इस्पात को लेनी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्योपश्रुती मे लिप्य संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 18/06/18	Dr. M. Ghosh MSB, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Sh. Anker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जन व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		