

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0618/0592

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19/06/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JOSHNA SAHA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALI PADA SAHA

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

34 VIVEKNAGAR TITAGARH NORTH 24
PARGANAS, 700119, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण 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 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.	JOSHNA SAHA	68	F	SELF
2.	BIJAY SAHA	71	M	HUSBAND
3.	GOPAL SAHA	45	M	SON
4.	MINU SAHA	42	M	SON
5.	CHITON SAHA	40	M	SON
6.	SIKHA SAHA	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 साधन
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनियम 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+IOL)

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 कौी गई सहायता राशि
------------------------	---	--

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 इस से सहायता पाने "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रकार या अपने इलाका या अंगों को तब तक, मैं (आवेदक) अपनी समझ के दृष्टि करता हूँ एवं "कोशिका जायदेम" और उसके ग्राहकों " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं ग्राहकों, दान, याचनाएं दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सम्मति करने के लिए अधिकृत है। जो प्रकार का विवरण मेरे इलाके के चले या कर रहे हों के लिए "कोशिका जायदेम" व ग्राहकों अधिकृत है।

2) वी (आवेक) इस बात से साबित है कि ये शत्रु, राजा, कर्मी और विचारण जो कि आकाश के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे तथा: आकाश का इकटान करी करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय क्षमता और सम्पत्ति होता।

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान



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.

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, हमाराही की ओर से आपसे/होरी को "कोशिका पराबन्धन" से विविध सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हमसे) विभिन्न प्रकार से प्राप्त न करीब कर ले।

1) यह कि न तो अधिवेशन और न ही अधिवेश में विधिपर साक्ष्यता किसी भी साक्षरी अधिवेशन या किसी अन्य स्थान से उठा रोटी/चमले में लेने या ले ले है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविलिजेशन/विधि उठा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विधि अधिवेशन/चमले हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य और साक्षरी अधिवेशन या किसी अन्य सम्बन्धित से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित विधिपर मदद उठा रोटी/चमले हेतु किसी और साक्षरी अधिवेशन या किसी अन्य साक्षर से नहीं लेना/लेती।

2. "कॉलिका फायरवेयर" से तो कई साराफन बोलत दिहिन प्रकृति की है। लेगी या इन्फेक्शन इस से कई साराफन या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य लेगी एवं इन्फेक्शन से बीघ का विषय है और "कॉलिका फायरवेयर" इस किसी प्रकार का कोई रोगन नहीं है। इसलिये इन्फेक्शन में लेगी को इलुम सुखा और जाने जाने की सही विम्वेदारी लेगी एवं इन्फेक्शन की होनी और "कॉलिका" की कोई बुधिका या विम्वेदारी इस सवाल में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/06/18

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

आपका आ नाम क्या है ?

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिष्ठित अधिकाारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यसनी इत्यादि ।

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमै हस्तगतः २

2028