

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/1012/1300APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 02/10/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम SARASWATI SHARMAAGE-YEARS अनु-वर्ष
63SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम SHEO KUMAR SHARMAPRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
35 P.K. BISWAS ROAD, SISHU STAR SPORTING CLUB,
KHANDUA, NORTH 24 PARGANAS, HOOGLY,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध
1	SARASWATI SHARMA	63	F	SELF
2	TAPAN SHARMA	40	M	SON
3	SWAPAN SHARMA	34	M	SON
4	RATAN SHARMA	32	M	SON
5	USHA SHARMA	32	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SRCS + 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: जावेदक हाउ घोषणा कर:

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रार्थना 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 आ सहायता का उद्देश्य "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो वादा किया है, उसके उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रार्थना में पद पद है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैंने इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उस उद्देश्य के लिए नहीं खर्च करके किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने इच्छा या अंश के छत्र साक्षर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहायता को प्रार्थना करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासे" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रार्थित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इन, वाचनाय हमारे उद्देश्य से नुस्ते गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में इच्छा के चरने या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामग्री के उद्देश्य से प्रार्थित है पुत्रे स्वतः सामग्री का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रश्न उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और माध्यमही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेदक के इलाक़ा का अंगरे का निज़ाम



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर इस्तेमाल की जाये तो सामान्यतः की "कोई एक फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु रिक्वायर्स की जाती है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यपत्र और न ही अधिव्यय में विविध सहायक किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से उक्त ऐंग्रेजी/फार्मों में तैयारी या लेखन है, बल्कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपलियाइज्ड/विशेष उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अतिरिक्त/सहायक हेतु चन्द्रा जो किया जाता है तो आयुक्त किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायक लेखन का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आयुक्त द्वितीय मदर उक्त ऐंग्रेजी/फार्मों हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य साधन से नहीं लेख/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायक केवल विविध प्रकृति की है। ऐंग्रेजी पर इम्पलमेंट द्वारा दो वर्ष सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रमाण ऐंग्रेजी एवं इम्पलमेंट के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसलिये इम्पलमेंट में ऐंग्रेजी के इस्तेमाल सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्रेजी एवं इम्पलमेंट को होती है और "कोशिका" को कोई प्रतिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 02/10/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम & रजिस्ट्रेशन नं. के साथ स्टैम्प	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकात अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इसकात 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इसकात 2	
		