

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1018/1359

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SABITA SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

BINDU SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

WARD -22, HABBA-1, NORTH 24 PARGANAS,
748263, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रसाई 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 निशान लगावे।)

Yes/No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SABITA SARDAR	73	F	SELF
2	SUNIL SARDAR	51	M	SON
3	BASAN SARDAR	47	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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता पुरती

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कहता 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 निराद की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कौशिका फाउन्डेशन", से ही वांछी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिका या सहकर्मि किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (সাক্ষরকর্তার স্বাক্ষর)

- 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 enroll 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 हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अवेरैक) अपनी सन्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नान, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यायी, पत्र, पत्रिकाएँ द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के तथ्य किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरैक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नान, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुझे एन्तः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयेरक के इलायत या अंग्रे के निरान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करा कर)

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.

हमारे अविष्कृत, हस्तक्षेप की ओर से मायसे/एंगे की "बोशिका फाउन्डेशन" से विधिग सहायता हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- (1) यह कि न तो सर्वोप और न ही अधिक्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से ठका एंटी/पारले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विचार/सिद्धि/उत्पाद ठका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिक/सकल हेतु मरदु नही किज जाता है तो असमकल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुविधि रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमकल टिप्पण मरद ठका एंटी/पारले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेवे/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही सर्व सहायता केवल निहित शक्ति की है। ऐसी पर इम्ततल हुए ही सर्व सतइ या किये गये उपपा/प्रक्रिय का चुनाव ऐसी एवं इम्ततल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये इम्ततल में ऐसी के इलाज सुझा और आने जाने की सारी बिम्बोपरी ऐसी एवं इम्ततल की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या बिम्बोपरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रांत की तिथि 05/07/18	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छिद्र	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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