

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1118/1626

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/11/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SHILA CHAK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

KANGAL CHAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO-140, MATAPUR, NORTH 24 PARGANAS,
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. स्थायी छात्रा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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.	SHILA CHAK	63	F	SELF
2.	CHAYA SARDAR	48	F	DAUGHTER
3.	SHAYADA CHAK	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 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 प्रतिलिखित 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 है?

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

DECLARATION by APPLICANT: जगदीश दत्त चौधरी 'पु'

- 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिनतन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो ये सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता पाने "कोशिका फाउन्डेशन", से सही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस पाने का अधिकार या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसका या जहाँ की तप सत्यकार, मैं (अर्हक) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कौशिका" एम्प्लू माली, राज, पापचक्रा द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व माली अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कौशिका" एम्प्लू उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्तधरा या लंगुले का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इन्हीं अधिभूत, इन्हीं छतों की ओर से गगनचोटी को "कोशिका फाब्रिकेशन" से विशिष्ट सम्पादित हेतु चिन्ताओं की बातें हैं, जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो सौम्य और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य स्वरूप से उक्त ऐंटी-पब्लि में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कीटिका फाउन्डेशन" से निगरानी/विनिर्देश उक्त के संबंध में "कीटिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हो कि है। यदि "कीटिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/सम्मत होतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अमरावत किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अमरावत द्वितीय मरद उक्त ऐंटी-पब्लि होतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेण्ड/लेण्डे।
2. "कीटिका फाउन्डेशन" से लगे गई सहायता केवल विविध इच्छा की है। ऐंटी या इच्छात द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंटी एवं इच्छात के बीच का विषय है और "कीटिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हालांकि इच्छात में ऐंटी के इच्छात सुरक्षा और अपने जाने को सारी दिव्योपरी ऐंटी एवं इच्छात की होणे और "कीटिका" की कोई प्रक्रिया या दिव्योपरी इस मजबूत में नहीं होणे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/11/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक वषण्डन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	