

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/11118/1638

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/11/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ASURA BIBI LASKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

PEHAK LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR DURGAPUR, MUMUKHAPUR, BALWANTHAPUR,
SOUTH 24 PARGANAS, 743367, 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 खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान 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.	ASURA BIBI LASKAR	58	F	SELF
2.	HYUBAK LASKAR	62	M	HUSBAND
3.	ALIBOX LASKAR	25	M	SON
4.	KOREN BOX LASKAR	23	M	SON
5.	AMEL BOX LASKAR	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STICHTAL)

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 सी गई सहायता राशि

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 कतार दूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण सही 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 जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ कतार दूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रक्रिया की गई है, उस सहायता का अधिकतम या सफल दिनांक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या जो दिया है और वही सहायता में ली जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর করুন)

- 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 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को 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, वाचनादि दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के तंत्रों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के तहत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं दिलाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त कएल)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

हमारी अधिकतम, भारतीयों को और से सम्बन्धित/एंगो को "कोशिका काउन्टडाउन" से विविध सहायता देते सिफारिश की जाती है, जिनो हम (इसकाउल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो धर्मग्रन्थ और न ही अधिकांश वैदिकी सभायाँ किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त राशि/धनराशि में से तो का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बौद्धिक फाउन्डेशन" से सार्वजनिक/वैदिकी उक्त के सम्बन्ध में "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा सभायाँ विनियम अतिरिक्त/सम्बन्ध हेतु मररर नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सभायाँ लेने का अधिकार धारिता प्राप्त है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय मरर उक्त राशि/धनराशि हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य धारण से नहीं लेया/लेयी।
2. "बौद्धिक फाउन्डेशन" से ही यह सभायाँ केवल विनियम प्रकृति की है। ऐसी पर अन्ततः द्वारा ही यह सभायाँ या किये गये उपकार/प्रक्रिया का धुपय ऐसी एवं अन्ततः के बीच का विषय है और "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य दयाव नहीं है। इसलिये अन्ततः में ऐसी के द्वारा मररर और अन्य अन्य की सारी विनियमों ऐसी एवं अन्ततः की होती और "बौद्धिक" के कार्य अधिकांश या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 16/11/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तफा अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनुरोध उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तफा 2	
		