

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/1218/16-17		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 3/12/18		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम ANITA GUHA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम INDUBHUSAN GHOSH				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता 25, BAGCHIPIRA ROAD FIRST LANE, GANAKPORE, MOHAGHATINDIPUR, NORTH 24 PARGANAS, 700122, 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) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. पैन संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को फॉर्म में उस पर तिकी का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1.	ANITA GUHA	67	F	SELF
2.	SUMITA GUHA	42	F	DAUGHTER
3.	DEBASIS GUHA	38	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RF			
2.	SURGERY - RE (SICUTAL)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात से गम्भीरतापूर्वक प्रतिबद्ध हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, अब नहीं या भविष्य में कभी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, चमकदार रूप से उत्पन्न से मुझे प्रचारित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के अर्जाओं में प्रसारित करने के लिए इसका उपयोग किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) के प्रमाण के बिना न स्वीकार्य करने दें।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हूँ। यदि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हमारे पास बिना किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करता है कि हमारे पास पूर्णतः सहायता प्रदान करने के लिए कोई भी भूमिका नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हमारे प्रमाण पर हमारे अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना हमारे अपने अपने बिना किसी भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21.11.18	Dr. A. Kundu MGBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr & Regd. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम व पद के अधिकृत अधिकृत अधिकृत
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदनक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदनक 2