

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/1218/1681APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 21/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम GUSHILA DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष 61

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम SURAJ MOHAN SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

110, DESHABANDHU PALLY, KHAIRDAH, JHARGRAH,
NORTH 24 PARGANAS, JODUPA, 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 प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो 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	GUSHILA DAS	61	F	SELF
2	DILIP DAS	58	M	SON
3	DIPALI DAS	53	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नौपै डिप्लोमा पत्र (डिप्लोमा पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय का डिप्लोमा पत्र (डिप्लोमा पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (डिप्लोमा पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RP
2	SURGERY - RP (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लक्ष्य करने वाली सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: HOW DO YOU FEEL?

- 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 बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो वह आवेदन निरस्त कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे प्राप्त की जायेगी "कौशिका फाउन्डेशन", से सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही दिये जायेंगे, जो इस आवेदन में बताने के लिए है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की जायेगी, इससे किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा के माध्यम से इस सहायता के लिए नहीं दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach the WFO)

- 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/print/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 का उत्तर इसलिए या नहीं की बात समझें, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को मुद्रित करना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, सहायता प्राप्त करने के मुझे अधिकारियों को प्रेषित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। वे इस का विवरण वे इससे के पता के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के अधिकारियों के प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए प्रेषित है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andrew at every no and we have



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hoskoti) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसकी अधिकतम गतिशीलता की ओर से गणतंत्रों की "संविधान समीक्षा" से निमित्त प्रभावित हुए विचारों की ओर है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संभवित

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 3/12/18	Dr. A. Kumar MBBS, MCh Reg. No-55127 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के साथ	Dr. Anil Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रका 2
	