

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/1218/1684

APPLICATION DATE: 21/12/18

NAME of APPLICANT: BELA DEVI

AGE-YEARS: 60

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL CHOUDHURY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: OLD CALCUTTA ROAD, MOHAIL, PURA, DUMKUR, WEST BENGAL

TITAGARH, NORTH 24 BAGANES, MOHAIL, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: IS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सवाई का पान

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

Yes / No

आप अपने आय कर दाता हैं (को चयन करें जो लागू हो):

हाँ / 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 से आप सम्बन्ध
1.	BELA DEVI	60	F	SELF
2.	GOPAL CHOUDHURY	30	M	HUSBAND
3.	SAYAM CHOUDHURY	36	M	SON
4.	PARMAN CHOUDHURY	23	M	SON
5.	DEBARAJ CHOUDHURY	20	M	SON
6.	FULKUMARI	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

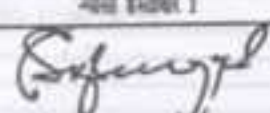
सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रमाणित दवा संलग्न
1.	DIAGNOSIS - LATAOCT - LE
2.	SURGERY - LE (GIST + PCL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है। 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस मदद की राशि नहीं, पूरी या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या, कसबका रूप में रजिस्ट्रार से मुद्रित प्रतिलिपि और रजिस्ट्रार के लिये किसी भी प्रकार का प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। वे इसका प्रयोग मेरी प्रार्थना के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रार्थना के लिये कर सकते हैं। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रकाशित करने के लिये मुझे अधिकृत नहीं करते। प्रार्थना का प्रकाशित नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत) 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. यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं। 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिये किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिये नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त हो सकेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने लक्ष्य को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमारा दृष्टिकोण और प्रक्रिया केवल हमारे और रोगी के बीच है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई मदद से प्रभावित नहीं है। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) को ही देना है और हमें उसका उपयोग करना है। हमें इस बात का स्पष्ट ध्यान रखना है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान है कि हमें अपने रोगी को सही दिशा देने के लिये हमें सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये सिफारिश		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर 