

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

 APPLICATION No. : **K/1218/1700** APPLICATION DATE : **04/12/18**
 आवेदन क्रमांक :

 NAME of APPLICANT : **JAGA BARMAN** AGE-YEARS : **48** SEX : **F**
 आवेदक का नाम

 FATHER/SPOUSE'S NAME : **SHANKAR BARMAN**
 पिता/पति का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **10/1 MAHADEB GHOSAL ROAD, AIRAIDAH,
 KEMARHATI, NORTH 24 PARGANAS, 700054,
 WEST BENGAL**
 वर्तमान निवास पता

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**
 स्थायी निवास पता

 OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

 PAN No. : **XXXX XXXX XXXX**

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 क्या संबंध
1.	JAGA BARMAN	48	F	SELF
2.	SHANKAR BARMAN	54	M	HUSBAND
3.	TRIDIP BARMAN	23	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) राश्री रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 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 निम्नलिखित कारण:

 Sr. No.
क्रम संख्या Medical Reports/Prescriptions Attached
 सहायता/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि

1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE

2. Surgery - LE (Surgical)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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/termination.
- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ "कीटिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस प्रपत्र के माध्यम से प्राप्त की गई मदद, उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भी मैं इस मदद के लिए नहीं आश्रित रहूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कीटिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये हैं, उन्हें "कीटिका" द्वारा प्रसारित, दूर, दूरदर्शन द्वारा प्रसारित से मुझे प्रचारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निशान देकर इस बात का मत है कि मैं "कीटिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई मदद के लिए "कीटिका" को अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना प्रपत्र को प्रसारित करने के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी हूँ। प्रपत्र के माध्यम से प्रसारित की गई मदद के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कीटिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम अभी वर्तमान में भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं सोच रहे हैं, क्योंकि हम "कीटिका फाउंडेशन" से विचारित/प्रस्तुत करने के प्रयत्न में "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद का उपयोग कर रहे हैं। यदि "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हम स्वयं उत्तरदायी होंगे। यह पुष्टि करने का अर्थ है कि "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद के लिए हम स्वयं उत्तरदायी होंगे।

2. "कीटिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्रदान किया जायेगा और इससे किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की गई मदद का उपयोग नहीं किया जायेगा। हम (हॉस्पिटल) द्वारा प्रदान की गई मदद का उपयोग करने के लिए हम स्वयं उत्तरदायी होंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/01/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Reg No. & Seal Stamp) मुख्य MS. कम से कम एक डॉक्टर के लिए	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) का पत्र पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2