

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/1218/1703APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 1/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदन का नाम PUTIBALA BISWAS

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 58

SEX लिंग F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम TARAK BISWASPRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
BHOJANPUR, HAROA, NORTH 24 PARGANAS
743495, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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. पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उसे 'X' 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 आवेदन के साथ संबंध
1	PUTIBALA BISWAS	58	F	SELF
2	SANDHYA BISWAS	36	F	DAUGHTER
3	SADHANA BISWAS	33	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को छात्रावली संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को छात्रावली संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पत्र को छात्रावली संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्विज्ञान/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित को पत्रों का प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICUTROL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED यही पत्र सहायता प्रती

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा बयान)

- 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 बयान करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरस्य एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता फंड को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे बयान करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बयान किया है।
- 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद में, इस रकम या कतिपय या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही कतिपय के लिये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा बयान)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बयान किए, उन्हें "कॉशिका" फंड से मदद, धन, वसुधा/धन प्राप्त करने के लिये प्रचारित करने के लिये प्रसारित कर सकें। इस प्रश्न पर मेरे विवरण के प्रयोग से पहले या बाद में मेरे लिये "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अर्शक के अंतिम है। सहायता का अस्वीकार या अस्वीकार्यता इस प्रश्न में "कॉशिका" फंड के अंतिम निर्णय का अंतिम और अस्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बयान)

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ने से हमारे/होस्पिटल को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पिटल) सिर्फ प्रश्न में बयान की सहायता के लिये है।

1) वह कि न तो हमारे और न ही कतिपय के लिये सहायता किसी भी सहायता स्रोत पर किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/प्राप्त करने के लिये है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्ताव को बिना प्राप्त है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बयान करता है कि सहायता सिफारिश प्राप्त प्रश्न में बयान/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता स्रोत पर किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति को है। ऐसे में हम हस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करते एवं हस्पिटल को ही सहायता का विवरण है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पिटल में होने के प्रश्न सुरक्षा और जाने जाने को जारी सिफारिशों को ही सहायता को जारी और "कॉशिका" को कोई सुरक्षित या सिफारिशों पर प्रभाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 4/12/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पते नं.	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. व. इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आर्यो इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आर्यो इलाका 2
	