

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/1723

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SHAILA BIBI MALIK

AGE-YEARS समु-वर्ष

44

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MUSARAF MALIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

KAZIPARA, BANIBAN, ULUGHERA, HOWRAH,
711 316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. सवाई सॉफ्टवेयर

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो पान को उक्त या नहीं का निश्चय करें):

Yes (हाँ)

No (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 संबंध
1.	SHAILA BIBI MALIK	44	F	SELF
2.	MUSARAF MALIK	55	M	HUSBAND
3.	MOMTAJUL MALIK	24	M	SON
4.	SANI MALIK	19	M	SON
5.	LALECHAND MALIK	16	M	SON
6.	SAFOR MALIK	14	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश कर्त, पोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर्त 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 साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मन्यता/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	MAGNETIC-CEPHALOMY-LE
2.	SURGICAL-LE (SUSPENSION)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रही

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले)

- 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 प्रत्येक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना हेतु मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊँगा और न ही किसी और व्यक्ति को मदद दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 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/put-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सार्वजनिक रूप से प्रसारित करने के लिए और/या जानकारी के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरी प्रार्थना के उद्देश्य से या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भविष्य में मुझे प्रत्येक प्रार्थना का उपयोग नहीं करेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के उद्देश्य के लिए किया गया और सफलतापूर्वक किया गया प्रत्येक का उपयोग नहीं करेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के उद्देश्य के लिए किया गया और सफलतापूर्वक किया गया प्रत्येक का उपयोग नहीं करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ 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 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, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) के प्रत्येक से मदद न लेने का दावा है।

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का दावा नहीं करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रत्येक में उल्लेख है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे हमें उचित रूप से उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हमें इस बात का ध्यान रखना है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने का कोई दावा नहीं है। हमें इस बात का ध्यान रखना है कि "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 A. Kundu MBBS, MS Reg. No. - 55127 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका नंबर	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2