

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : 16/1218/1726 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 1/12/18 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : PANNALAL DOLUI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME : ANANTA DOLUI पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास BANIBAN JAGADISHPUR, HALIKHAN, 711316, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास AS ABOVE			
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. : [Blank] आय कर पैन संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)			
Yes/No 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
1.	PANNALAL DOLUI	70	M
2.	BASARI DOLUI	42	M
Relation with Applicant आवेदक से संबंध		SELF SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विवेचन करने वाली का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्ता/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी डॉक्टर/प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न		
1.	MAGNETIC - CATANACT - RP		
2.	SURGERY - RP (GICSTROL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले द्वारा)

- 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 आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड मांगा है और न ही भविष्य में मांगूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले द्वारा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा माग्य, दान, सफाया करने के लिए या अन्य उद्देश्यों के लिए प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा माग्य ट्रस्टी के द्वारा प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से यह सही मानते हैं:

1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगे, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी जा रही है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारे हॉस्पिटल को अपने आप से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे मैं या मेरा हॉस्पिटल इस बात का जवाबदेह नहीं मानते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी निर्णय लेने में हमारे हॉस्पिटल का कोई भी निर्णय प्रभावित नहीं होता है। अतः हमारे हॉस्पिटल को अपने आप से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका के डॉक्टर	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2