

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building blocks of life

APPLICATION No. : K/1218/2117

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 20/06/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BABAI SINGH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

RAGHUBIR SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता  
 DR. RAGHUBIR SINGH, HATKHOLO,  
 KOLKATA, 700005, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :  
व्यवसाय

SECURITY GUARD.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs 19000x12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | BABAI SINGH                                       | 68                         | M              | SELF                                      |
| 2.                     | RAHUL SINGH                                       | 16                         | M              | SON                                       |
| 3.                     | BABITA SINGH                                      | 13                         | F              | DAUGHTER                                  |
| 4.                     | SAHANA SINGH                                      | 11                         | F              | DAUGHTER                                  |
| 5.                     | DEVI SINGH                                        | 12                         | F              | DAUGHTER                                  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

|                                                                                                              |                                                                                                                   |                                                                                            |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - IMPROV - RP                                                                                |
| 2.                     | SURGERY - R (GASTRO)                                                                                   |

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED<br>जो यह सहायता होगी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**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/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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे वापस लिया भी जा सकता है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कीटिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारण में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, इस रोग या मेरे परिवार के किसी अन्य सदस्य/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कीटिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में घोषित हैं, उसे "कीटिका" एन.पी.आर. द्वारा, कपड़ों पर छपाई करके या अन्य माध्यमों से मुझे प्रचारित करने के लिये किसी भी उपाय अपना ले सकती हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रचारित करने के लिये मुझे प्राप्त सहायता का उपयोग नहीं करूँगा। इस मामले में "कीटिका" एन.पी.आर. ट्रस्टी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से गवाह/होमो को "कीटिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये हमें कोई अधिकार है, जो कि हमें "कीटिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय से सहायता देने के लिये "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम/प्रकार से प्रदान नहीं की जाय तो हमें अपना अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दृष्टि में स्पष्ट करता हूँ कि सहायता सिर्फ वित्तिय प्रारण के लिये प्रदान की जायगी और किसी भी प्रकार की चिकित्सा या चिकित्सीय प्रारण से कोई संबंध नहीं होगा।
2. "कीटिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या इसका प्रारण ही नहीं करता है कि वह अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर इसका कोई भी प्रभाव है और "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा प्रारण ही रोगी के प्रारण द्वारा और उसे जाने की पूरी जिम्मेदारी होती है इसका कोई भी प्रभाव "कीटिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संस्तुति

|                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/12/18</p> | <p>Dr. Ohananjay Giri<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. 1578)<br/>हस्ताक्षर का नाम व इलाका: 1578</p> | <p>Shib Senkar Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>हस्ताक्षर का नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>ज्योती इलाका 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>ज्योती इलाका 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p>                        | <p><i>[Signature]</i></p>                        |