

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/12/8/2118

आवेदन क्रमांक:

APPLICATION DATE: 20/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BABLU BOSE

आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 60

वर्ष-वर्ष

SEX: M

लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: BINJOY BOSE

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHANDUFALA PARK, RAIPUR, SONARPUR,

SUKHIA GRAM, SOUTH 24 PARGANAS,
700147, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: P.S. HABVA

OCCUPATION: UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

Yes / No

क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं):

हाँ / 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	BABLU BOSE	60	M	SELF
2	MINU BOSE	43	F	WIFE
3	BAPPA BOSE	24	M	SON
4	PINKI BOSE	22	F	DAUGHTER
5	SANPA BOSE	16	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) परीची कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय पर की जाय प्रमाण प्रस्तुत करें (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करें)	Any Other Basic/Proof आय की अन्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे चिह्नित करना है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें
1	Diagnosis - ATHERO - RD
2	SURGERY - RD (Surgical)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे किसे चिह्नित करना है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी
------------------------	---	--

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

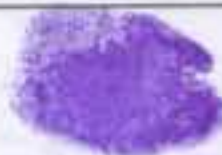
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँगा तो मेरा आवेदन एवं सहायता कायम रहने का अधिकार खत्म हो जाएगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने या अपने परिवार के किसी भी सदस्य को, इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से, इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस मिलने वाले पैसे का उपयोग नहीं करूँगा।

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/republish 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 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, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हो जाते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था के आधार पर किया जाता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को उपचार और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी, और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Dhananjay Giri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद मेडिकल & Research Centre	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Centre on behalf of Hospital) हमारे वरिष्ठ अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2