

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/12/8/2131

APPLICATION DATE: 20/10/19

NAME of APPLICANT: SIMA KUNDU

AGE-YEARS: 50

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHYAMAL KUNDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: राशन आवेदन पत्र

RAN CHANDRAPUR, ANANDANAGAR, HADRA,
HINDI, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: राशन आवेदन पत्र

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL.

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. राशन आवेदन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का दाता हैं (जो अपने हो उस पर छड़ी का चिह्न लगाएं)Yes / No
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.	SIMA KUNDU	50	F	SELF
2.	SHYAMAL KUNDU	35	M	HUSBAND
3.	RATNA DAS	27	F	DAUGHTER
4.	SANT KUNDU	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित चिह्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित चिह्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित चिह्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरोग/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को र्थ प्रमाणित दृष्टि प्रमाण
1.	Diagnosis - CATARACT - RE
2.	Surgery - Re (Surgical)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो र्थ सहायता पत्र

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जायदा तब भी मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यह सही है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में, किसी भी प्रकार के भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के माध्यम से 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/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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के माध्यम से, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं, पुस्तकों, अर्थात् सभी माध्यमों से मेरी छवि और मेरे विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 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.

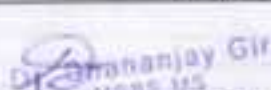
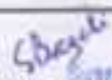
हम यहाँ घोषणा करते हैं, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर के माध्यम से, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी प्रकार के वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले सकते हैं, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज और उपचार के लिए हमें पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने के बाद भी हमें इसकी पूर्ण जिम्मेदारी होगी।

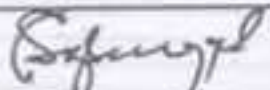
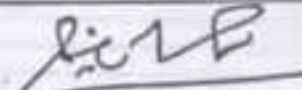
हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि हम (हॉस्पिटल) केवल वित्तीय सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद माँगे हैं, और हमें इसकी पूर्ण जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 20/11/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अंजनजय गिरि	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
	

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/12/8/2131

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/12/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SIMA KUNDU

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SHYAMAL KUNDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

BACHCHANDRAPUR, ANANDANAGAR, HAZRAT, HILL, GREAT BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

D.S. AGAVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL.

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : यदि प्राप्त हो तो

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मामल हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SIMA KUNDU	50	F	SELF
2.	SHYAMAL KUNDU	55	M	HUSBAND
3.	KATNA DAS	25	F	DAUGHTER
4.	SANT KUNDU	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी बी कार्ड के कॉपी संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निशुद्धि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	TRAUMATIC - CATARACT - RE
2.	SURGICAL - RE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

