

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/128/2133

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

KAILASH MUKHERJEE

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

RAM PADA MUKHERJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

19 W/H/24 GOBARDHAN STREET, BEADON STREET,
KOLKATA, 700066, 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 1800 x 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : पैन संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं? (को चयन करें जो लागू हो या नहीं का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	KAILASH MUKHERJEE	52	M	SELF
2.	RAMA MUKHERJEE	35	F	SPOUSE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (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 Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/उपचार से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - (RHEUMATISM) - LP
2.	SURGERY - L (GALLBLADDER)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED शीर्षक सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु अब अन्यत्र भी नहीं जाऊंगा, इस प्रकार कि कोई भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मैंने प्राप्त की मदद मैंने ही नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, चर, सार्वजनिक स्थलों पर प्रदर्शन से मुझे लोकप्रियता और प्रभावशाली के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार के द्वारा किया जा सके बिना अधिकृत है। मैं इसका सहमत हूँ कि इससे पहले या बाद में मैंने किसी भी "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं ली है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रदर्शन से प्रसारित है मुझे नहीं मालूम कि प्रार्थना का स्वीकार या अस्वीकार की जायगी इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय लिया जायेगा और अस्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत):

- 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, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) द्वारा प्रसारित के नाम व प्रतीक के।
- 1) यह कि मैंने घोषणा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं किया है, जैसे कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रार्थना प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो मैंने अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इससे पुष्टि होती है कि मैंने अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं किया है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय होगी। मेरी या इस प्रपत्र द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी भी प्रकार के प्रचार के प्रसारित की जायगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इससे पुष्टि होती है कि मैंने इस प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही सहायता प्राप्त की है और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का प्रचार नहीं दिया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए प्रेषित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 20/12/18	Dr. Dhananjay Giri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अपरण का नाम व पंजीकरण नं. के साथ	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपकी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपकी हस्ताक्षर 2