

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2363

APPLICATION DATE: 08/01/19

NAME of APPLICANT: FULVA DEVI SAHANI

AGE-YEARS: 59

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SREE HERALAL SAHANI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता

163/B B. B. GHYCHULY STREET, MUMBAI, KOLKATA 700012, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- FS ABOVE -

OCCUPATION:

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

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

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

Yes / No

यदि आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

हां / 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 के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | FULVA DEVI SAHANI                                 | 59                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | MEERA SAHANI                                      | 38                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 3                      | SITA SAHANI                                       | 36                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 4                      | SITA SAHANI                                       | 33                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 5                      | KALKE SAHANI                                      | 21                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                |                                                                                                        |                                                                                   |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आयुष्मानुसंधान/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - ANAEMIA - Fe.                                                                           |
| 2                      | SURGERY - RE (SIC & RUL)                                                                            |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मांग/माग है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दान का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या तो लिया है और या ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" दान, न्यासी, दान, सार्वजनिक दानों इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, न्यासी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर अधिस्त, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/करने में हमें या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मनाज नहीं किया जाता है तो हमसब किसी अन्य सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसब प्रतिभ मगर उक्त स्रोत/संगठन हेतु किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/करते।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हमसब द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसब को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसब में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसब की होगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08.01.2019</p> | <p>Dr. Arghya Das<br/>MBBS, MS<br/>Reg. No. 66012<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्तर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Sankar Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>यम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> |
|                                                      |                                                      |