

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
					
APPLICATION No.: K/0119/ 2442		APPLICATION DATE: 11.01.19			
NAME of APPLICANT: SABITA MAITI		AGE-YEARS: 50	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KRIPA SINDHU MAITI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1000 NAL KORA, HATGACH, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS, 748442, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: Cook		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 9000x12 = 108000/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SABITA MAITI	50	F	SELF	
2.	KRIPA SINDHU MAITI	48	M	HUSBAND	
3.	PRANAV MAITI	9	M	SON	
4.	SABITU MAITI	8	M	SON	
5.	SWASTI MAITI	2.6	M	SON	
6.	SURABITA MAITI	2.3	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	1. DIAGNOSIS - CATARACT RE				
Sr. No.	2. SURGERY - RE (LASER) RE				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: महोदय डी नमो नमः

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य माना जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग बसो उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परा लगी है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या अन्यत्र से राशि नहीं ले रहा हूँ, जो कि मेरी या मेरी किसी भी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या से लिया है और मैं इस सहायता से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्रकृति प्रमाण)

- 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/print-upreproduce 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 प्रश्न का जवाब इसकाया या जेठो की सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को मुझे प्राप्त है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एल्यू. जे.एन. फाउंडेशन द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिकृत और उपलब्धियों को तब तक जारी रखें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से अधिकृत है मुझे प्राप्त; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू. जे.एन. फाउंडेशन का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਰੋਤ: ਡਾ. ਹਰਜੋਤ ਸਿੰਘ



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO NUT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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.

क्या? अधिकतर इलाहाबादी को और से चण्डीगढ़/रोहता की "बॉसिष्वा" यादवलेखन" से विविध सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (इसका) विना प्रसार से मान्य न अभीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो मजदूर और न ही मालिक में किसी सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य एजेंट से उच्च ट्रेडिंग/मार्केटिंग में होने या होना है, जैसे कि अपने "बॉलिंग गार्डियन" से डिपेंडेंट/मिलिट्री क्लब के संस्थापकों में "बॉलिंग गार्डियन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "बॉलिंग गार्डियन" द्वारा सहायक किसी अधिकृत/मार्केटिंग हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो मजदूरों को किसी अन्य भी सहायक संस्था या किसी अन्य संस्थापक से सहायक होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि मजदूरों द्वारा मगर उच्च ट्रेडिंग/मार्केटिंग हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य एजेंट से नहीं लेना/लेना।
2. "बॉलिंग गार्डियन" से जो नई सहायक संस्था किसी दृष्टि में है। ऐसे या इन्हें द्वारा ही नई सहायक या किसी नए उपसह/प्रतिष्ठान का प्रारंभ होने एवं इन्हें सहायक के बीच का रिश्ता है और "बॉलिंग गार्डियन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इन्हें द्वारा ही ऐसे को इन्हें सुरक्षित और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी होने एवं इन्हें सहायक को होने और "बॉलिंग गार्डियन" को कोई सहायक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

बन्नीकहाती को लिपि संस्कृति

Date of Surgery अभिज्ञान को लॉन्ग 11.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गन्धीय उपयोग संज

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इशराव 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इशराव 2
	