

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: K/0119/2434

APPLICATION DATE: 14.01.2019

NAME of APPLICANT: MINA DAS

AGE-YEARS 55 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAM DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

MITHA KHALI, MOTLA, ANNING TOWN
SOUTH 24 PARGANAS 743305, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

AS ABOVE

OCCUPATION: COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS - 1300 x 12 = 15,600/-

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

PAN No. 1945 8888 8888

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (को कान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1.	MINA DAS	55	F	SELF
2.	DEBAPRAK DAS	51	M	SON
3.	SWATHA DAS	22	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टर सुची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਪੰਜਵੇਂ ਵਰ੍ਹੇ:**

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या अन्यत्र से कोई भी राशि का व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो नहीं कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, कार्यक्रमों द्वारा राष्ट्रीय में बड़ी पत्रिकाओं और पत्रिकाओं में लिखे बिना भी प्रसार प्रसारण में प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (YES/NO/NOT)

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

हजारों अधिकार, हजारों की कीमतों से प्राप्त की गई हैं। "कॉन्सिडर" का मतलब है कि यह सब सच है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपर और न ही नीचिय में निहित सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य एकी से उक्त टेंडी/पमाली में लेने या ले खें है, जैसे कि इनमें "बॉलिका पायन-टेरा" से निगमिता/किये उक्त से सम्बन्ध में "बॉलिका पायन-टेरा" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "बॉलिका पायन-टेरा" द्वारा सहायता किये गति/सहायता हेतु समुदाय की किय जात है तो सम्बन्धित किसी अन्य भी सहायी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित टिपिग गहर उक्त टेंडी/पमाली हेतु किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य सहाय से नहीं लेना/लेगी।
2. "बॉलिका पायन-टेरा" से लेने एवं सहायता केवल निहित प्रकृति की है। लेने या सम्बन्धित द्वारा ही एवं सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रथम टेंडी एवं सम्बन्धित को सहाय का निमित्त है और "बॉलिका पायन-टेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाय नहीं है। इसलिये सम्बन्धित में टेंडी को इसका सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टेंडी एवं सम्बन्धित को होती और "बॉलिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस सहाय में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोत्तर की तारीख 14-01-2019	 Dr. Kundu MBBS, MS Reg. No-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और इलाका व रजि. नं.	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्तदाद अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॥ अर्थिक उत्थान रोज़

अनुसूचित जातों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	