

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0119/2514	APPLICATION DATE : 14.01.2019
NAME of APPLICANT : BADEYANATH MURMU	AGE-YEARS : 55
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHOKA MURMU	SEX : M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MURADI, JASHPUR, PURULIYA, 723156, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE	

OCCUPATION : LABOURER	MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1800 x 12 = 21600/-	(Attach Proof of Income)
PAN No. : [Blank]	(अपन का साक्ष्य संलग्न)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	
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.	ISADYANATH MURMU	55	M	SELF
2.	MAYAL MURMU	48	F	WIFE
3.	MAYAL MURMU	21	M	SON
4.	REKHA MURMU	18	F	DAUGHTER
5.	REKHA MURMU	14	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
गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	
सहायता हेतु किसे करने विनोद का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DEAGRESS - CATARACT-LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता विवरण भी सही होगी है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही बात है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में परामर्श है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, इस बात का अधिक या कमता किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न 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/print-up/republish 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 fulfilment 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 प्रस्ताव या अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कचकाच दान उद्देश्य से मुझे वितरित/प्रसारित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रस्ताव का विवरण भी इसका उपयोग करने या कर के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त विवरण का प्रसारण और सहायता का प्रसारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



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.
- इससे अधिकृत, इससे अधिकृत की ओर से आदेश/परीक्षा को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सत्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, किसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त को सत्य न "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पार हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/सहायता हेतु सत्य न किता सहायता किता अन्य स्रोत सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विवरण पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किता सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले ले सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या इससे अधिकृत द्वारा ही सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इससे अधिकृत को सत्य न किता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किता प्रस्ताव का कोई दखल नहीं है। इसीसे इससे अधिकृत रोगी को इससे अधिकृत सुरक्षा और अपने जाने को सही किसे/परीक्षा रोगी एवं इससे अधिकृत को रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई सुरक्षा या किसे/परीक्षा इस सहायता से नहीं ले/ले रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14.01.2019	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर/छाप के हस्ताक्षर व छाप	Dr. Anshakar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह व पर इससे अधिकृत अधिकृत
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2