

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0119/2522	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	15/01/19
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	JYOTNA DEBNATH	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60
		SEX लिंग	F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम	RAMRESH CHANDRA DEBNATH
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता	
LEON NAGAR, GARDIA, NORTH 24 PARGANAS, TUGUR, WEST BENGAL.	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता	
= AS ABOVE =	

OCCUPATION: व्यवसाय	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	☒ MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	

PAN No. स्थायी खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर गहरी 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.	JYOTNA DEBNATH	60	F	SELF
2.	RALVATI DEBNATH	59	M	SON
3.	AMEET DEBNATH	56	M	SON
4.	MITA DEBNATH	53	F	DAUGHTER
5.	MATHU DEBNATH	52	F	DAUGHTER

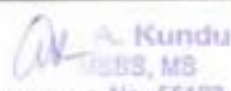
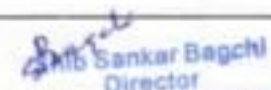
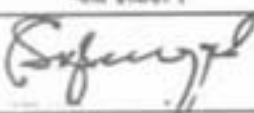
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के, नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS-CATHARTIC-RE
2.	SURGERY-RE (SINCE 1996)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्य धरन एर) 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 धरन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं ह्य धरन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं धरन करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, या यदि का अधिक या कमता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्य करत) 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 अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक सहायता की धरन करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में बताया है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एर, या कदाचित् एम्प्लॉयर से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सार्वजनिक हो प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निराला मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है। 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्य करत) 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, हस्ताक्षर की और से नाम/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे ह्य (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करता है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" ह्य परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" ह्य सहायता विधि अस्वीकार/सहायता हेतु मन्तर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धरन में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय परर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल ह्य पर ली जाये या किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" ह्य किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और सारे करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप  Dr. Kundu MBBS, MS No-55177 All India Institute of Medical Sciences
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी  Sankar Bagchi Director All India Institute of Medical Sciences	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 