

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0010/2525

APPLICATION DATE: 15-01-2019

NAME of APPLICANT: CHABI RAY

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 64

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JIBAN SUR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

LEENA SARANI, PAYEK PARA, NORTH DUMDUM,
NIMTA, NORTH 24 PARGANAS, 700049 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. (आपका PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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.	CHABI RAY	64	F	SELF
2.	SUBASH RAY	35	M	SON
3.	SWANIKAR RAY	36	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

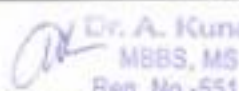
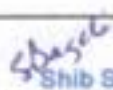
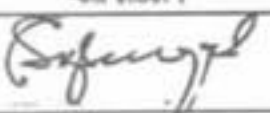
सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DEAFNESS-CATARACT-LE
2.	GLAUCOMA-LE (SICUS + JOL)

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 लगे 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में परामर्शित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस राशि का अधिक या कमता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिये 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/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, पत्र, पत्रिका/पत्रिकाओं जैसे उद्देश्य से मुझे वितरित करने और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर की छाप या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं 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 प्राप्त: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस घोषणा में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, पत्रिका/पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/दोनों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उच्च रेट/चार्जमेंट में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उच्च रेट/चार्जमेंट में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिकृत/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रेट/सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय परर उच्च रेट/चार्जमेंट हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रेट/चार्जमेंट द्वारा ही मैं सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रेट/चार्जमेंट एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्त नहीं है। इसलिए हस्पताल में रेट/चार्जमेंट सुरक्षा और मान्य करने की सटीक जिम्मेदारी रेट/चार्जमेंट एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shish Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) सुसुत एयु रोहोव ऑफ हॉस्पिटल रिसर्च सेंटर हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 