

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0110/2601
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12-01-2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: LILAWATI DEVI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 60
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RUP KARRAYAT SHAW
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गाँव/नगर का नाम

GHOLA, WARD 24, PARGANAS, BOHARI, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का नाम

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं):

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 सम्बन्ध
1.	LILAWATI DEVI	60	F	SELF
2.	RUP KARRAYAT SHAW	54	M	HUSBAND
3.	SUNITA SHAW	28	F	DAUGHTER
4.	ANITA SHAW	25	F	DAUGHTER
5.	ASHOK SHAW	22	M	SON
6.	SUNIL SHAW	21	M	SON
7.	SADANITA SHAW	24	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवक्षित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विवक्षित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉलिवेशन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICSTIC)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें: 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 सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 2) मैं इस बात की घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परत गयी है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की गई है, उस सहायता का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही लीजिये मैं लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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 आवेदनक द्वारा घोषणा की गयी जानकारी, मैं (आवेदनक) अपनी स्थायी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दण्ड, पत्र, चित्र, आदि माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं उन्हें प्रकाशित करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्ड, पत्र, चित्र, आदि माध्यमों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण) 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँसे-होती को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्य न प्रतीकृत करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवारों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा परत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय परत उम्मीदवारों हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं प्राप्त या करने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्ताक्षर को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में ऐसी के इलाज सुझा और करने जाने की सही जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्ताक्षर की होती 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 17-01-2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS, DPMTH (Name of Dr. & Register No. with Stamp) डॉ. हरी शंकर नाग के हस्ताक्षर और मुद्रा
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	