

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0119/2626

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/01/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

DILIP BANERJEE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

54

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

MAKHANLAL BANERJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

UDYANMAL W-04 RAJANAGAL, BANGALURU
NORTH 24 EARGANAS ROAD, WEST BANGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 200012 = 24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. संचालित खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ)

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.	DILIP BANERJEE	54	M	SELF
2.	SRI SAKHA BANERJEE	51	F	WIFE
3.	DEEPA BANERJEE	38	M	SON
4.	AJAY BANERJEE	35	M	SON
5.	PURBA BANERJEE	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - Cancer - LE
2.	Surgery - Le (Surgery)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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: **असेवक हा योग्य नसतो.**

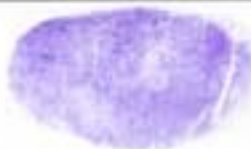
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने में असमर्थ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे आशा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, सहायता उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में पता किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता से न पाने के लिये, उस सहायता का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above pro word)

- 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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में संकेतित हैं, उसे "कोशिका" एन्ड न्यूज़, डॉ. राधाकाच गुप्ता इंस्टीट्यूट ऑफ़ डर्मेटोलॉजी और वलनोमिडी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इलाज के खर्चे या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यूज़ अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि प्रमाणित की गई होगी से प्रभावित है मुझे प्राप्त: सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एन्ड न्यूज़ इसके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधिकांश में इस्तेमाल का अंगूरी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFER DU WOT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosoban) 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 अपेक्षा, हालांकी को और से मान्यता/पंजी को "कोलिका कायान्दोलन" से विभिन्न कहा जाता है। निम्न रूप (कमाल) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्विस और न ही सर्विस में विविध सहायक किसी भी साकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से उच्च लेवेल पर होने वाले हैं, जैसे कि इनमें "बॉलिका फाउन्डेशन" (शिशुविकास/बालिका उन्नयन के सम्बन्ध में "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा संतुष्टि है। यदि "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अतिरिक्त/सहायक संतुष्टि प्राप्त नहीं किया जाता है तो सहायक किसी अन्य भी साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक प्रिंटिंग गहरा उच्च लेवेल पर होने वाली है। साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेनी।
2. "बॉलिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायक केवल विविध दृष्टि को है। लेनी या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायक या किने गये उपकरण/उपकरण का प्रयोग लेनी एवं इस्तेमाल के योग्य का विषय है और "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एजेंसी नहीं है। इतिवृत्त इस्तेमाल में लेनी के द्वारा सुरक्षा और अन्य कानून को जारी जिम्मेदारी लेनी एवं इस्तेमाल को लेनी और "बॉलिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इसीकृती को विप्ल संस्थाति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 12/01/19	Dr. Dhananjay Giri MSRS, MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2
