

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0119/2735

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

UMA RAY

AGE-YEARS वय-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

ABIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

BOHAGHON, NORTH 24 PARGANAS
749235, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 1400 X 12 = 16800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है या नहीं

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हो / 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.	UMA RAY	45	F	SELF
2.	SUKUMAR RAY	58	M	HUSBAND
3.	SAMIR RAY	02	M	SON
4.	SAMARESH RAY	19	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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 क्या बिस्मिल का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिये गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा गलत बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही ले लिया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 में मेरी सहमति या अनुमति के बिना, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करके "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरी तस्वीर, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित करने के लिए या "कोशिका फाउन्डेशन" के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं उत्पन्न होगा। मेरी सहायता के लिए या नहीं देने का फैसला केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ तलुआका छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर के द्वारा हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद न ले सकेंगे:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उठा ले ली जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति देता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" की मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव नहीं पड़ा है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीनस्थ के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS MS Reg. No. - 50578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर 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