

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0110/2737

APPLICATION DATE: 23/01/19

NAME of APPLICANT: SAKAT DHALI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IYARALI DHALI

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

CHANDPUR, MURTI, SOUTH 24 PARGANAS
743610, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs 1600 x 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. जारी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):

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.	SAKAT DHALI	56	M	SELF
2.	SHARBANU BISBI	42	F	WIFE
3.	SABER KHATUN	23	F	DAUGHTER
4.	SAMEHA KHATUN	22	F	DAUGHTER
5.	SAMEER DHALI	20	M	SON
6.	SAKIB DHALI	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनोदी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उद्देश्य के रूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 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 मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के लिए सहायता मांग रहा हूँ। मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य इस प्रारूप में प्रकाशित होंगे, जो कि "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगने के लिए उपयोग किया जाएगा, जिसके माध्यम से दानों को मांगने के लिए और/या Koshika Foundation के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का उपयोग Koshika Foundation द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का उपयोग सहायता मांगने के लिए किया जाएगा, जो कि "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगने के लिए उपयोग किया जाएगा, जिसके माध्यम से दानों को मांगने के लिए और/या Koshika Foundation के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का उपयोग Koshika Foundation द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक का हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा यहाँ पर हस्ताक्षर करने से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम इस समय और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें Koshika Foundation से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि Koshika Foundation द्वारा मांगी गई सहायता पूरी या पूरी तरह से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें Koshika Foundation से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, हम पुष्टि करते हैं कि हमें Koshika Foundation से कोई भी अन्य सहायता नहीं मिल रही है।
- 2) "Koshika Foundation" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और Koshika Foundation द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी होती है और Koshika Foundation को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/04/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षरित अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदनक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---