

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2750

APPLICATION DATE: 23/11/19

NAME of APPLICANT: BACHCHI DEVI DAS

AGE-YEARS 66

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LALTA RAMIDAS.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H/NO 11 CHALTA ROAD BHATPARA, KANKINARA

NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)

PAN No. यदि लागू हो

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

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.	BACHCHI DEVI DAS	66	F	SELF
2.	RAM DAS	49	M	SON
3.	RAJ KUMAR DAS	40	M	SON
4.	PARBATI DAS	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से गरीब प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

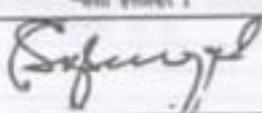
सहायता हेतु किसे करने विवृति का उद्देश्य:

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

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 इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 वास्तविकता से भिन्न पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं करूँगा कि, या तो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो भविष्य में या ही वर्तमान में नहीं।		
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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एम्प्लू न्यासीयों, दान, समर्थन एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रत्येक जानकारी केवल मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित नहीं होगी। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित नहीं कर सकते हैं। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रयोजन में "कोशिका" एम्प्लू उद्देश्यों के लिए न्यासीय और समर्थनकारी होंगे।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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. हमने अधिष्ठाता, इसकाफी की ओर से चिकित्सा/उपचार के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से योग्य न समझते हैं। 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणवश संभव या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो भविष्य में या ही वर्तमान में नहीं। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रयोजन में "कोशिका" एम्प्लू उद्देश्यों के लिए न्यासीय और समर्थनकारी होंगे।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shri. Shishu Sankar Bagchi Director (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 न्यासीय हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 