

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2774

APPLICATION DATE: 24/01/19

NAME of APPLICANT: PARBATI DUTTA

AGE-YEARS 49

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHIB SHANKAR DAS.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

203 AIR TALK ROAD CHAMUNAGAL BASTI PARRA
NORTH 24 PARAGANAS 743184.
KURIG BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

- AS ABOVE -

OCCUPATION: COOK

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 13000/- = 14600/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि कोई हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)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	PARBATI DUTTA	49	F	SELF
2	RESHA DUTTA	20	M	HUSBAND
3	PIYU KARMAR	26	F	DAUGHTER
4	KABU DUTTA	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

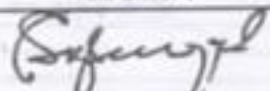
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	MAGNUS - CATARACT - LA
2	SURGERY - L (Surgent)

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 ले गई 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द होगी है। 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में वर्णित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
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 it's Trustees to use/publish/print-up/republish 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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत कर, मैं (आवेदक) अपनी पहचान को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं द्वारा इत्यादि से मुझे प्रचारित करने के लिये उपयोग करें। इस प्रकरण पर मेरे द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिये मेरी सहमति ही पर्याप्त है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, हस्ताक्षर को और से पासपोर्ट साइज की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पावनी ले ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिफलित उठा ले ली है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता किसी भी आंशिक/पूर्ण रूप से नहीं मिलेगी। यदि सहायता किसी अन्य स्रोत/रोगी/बीमा कम्पनी से मिलेगी, तो हमें सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम कहना चाहते हैं कि सहायता वित्तिय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" से उठा लेनी/पावनी ले ली जा रही है। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल को कोई भी सहायता प्रदान करने के लिये हमें सहायता प्रदान करने का कोई अधिकार नहीं है। इसलिये हस्पताल में हमें केवल सहायता और अन्य करने को सही सिफारिशों को ही सहायता को लेनी/पावनी ले ली जा रही है।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए घोषणा	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/04/19	Dr. Ananta Ray Director, MS, FPOS Reg. No. - 18853-AMC (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Centre डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 