

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0339/2783

APPLICATION DATE: 24/01/19

NAME of APPLICANT: PUSHPA PAL

AGE-YEARS: 80

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BANAMALI PAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: राहुता नुतान पल्ली, सयावनागर, भादुरा

NAROLI, PARAGANAR, RAIPUR, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. स्थाई आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो घन 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	PUSHPA PAL	80	F	SELF
2	SAYATAN PAL	58	M	SON
3	SARASWATI MAJUMDAR	55	F	DAUGHTER
4	SUBHASH PAL	52	M	SON
5	KOPAL PAL	48	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIABETES - (MANAGE) - LE
2.	SURGERY - LE (Sect 104)

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 इस पर सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक एड वीन एड:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनने के बाद भी सही साबित नहीं हो पाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो सहायता है और मैं इसे नहीं चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (above DE WIT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस ढर्रे में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दवायु, भोजन, दवा, चिकित्सा के द्वारा रोगियों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तब तक प्रकाशित करने में तैयार अधिकृत है। मेरे ढर्रे का प्रयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि प्रकाशित कर रोगियों से जुड़ी सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दवायु उसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

संदेशों में वास्तविकता का अंगीकार करना



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFOM 270 400)

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.

इससे स्पष्ट है, इसलिए कि जो लोग 'कोलिका पारमार्थिक' से विभिन्न प्रकार के विचारों को नहीं हैं, जिसे इन (इसका) विचार प्रसार के साथ व समीक्षा करने हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही यह नियम में विशेष उल्लेख किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त टेंडर/पत्रों में होने या होने के हैं, केवल कि इनमें "कोशिका पाठ-वेरान" से डिप्लोमा/डिग्री उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ-वेरान" द्वारा पदार्पित किया है। यदि "कोशिका पाठ-वेरान" द्वारा उल्लेख किया जा रहा है कि उक्त संस्था किसी अन्य के साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उल्लेख लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उक्त संस्था द्वारा पदार्पित उक्त टेंडर/पत्रों में उक्त संस्था के नामों का उल्लेख नहीं होना चाहिए।
2. "कोशिका पाठ-वेरान" से लेने वाले उल्लेख संस्था निर्दिष्ट दस्तावेज को है। उक्त पर उल्लेख द्वारा ही यह संस्था या कितने भी उल्लेख/प्रक्रिया का प्रमाण उक्त एवं उल्लेख संस्था के बीच का विवाद है और "कोशिका पाठ-वेरान" द्वारा किसी उल्लेख या कोई दस्तावेज नहीं है। इसलिए उल्लेख में उक्त के उल्लेख सुरक्षित और अन्य उल्लेख को उक्त डिप्लोमा/डिग्री उक्त एवं उल्लेख को उक्त और "कोशिका" को कोई अधिकार या डिप्लोमा/डिग्री उक्त पत्रों में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकाली के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ਅੰਦਰੂਨੀ ਥੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ

24/04/19

Dr. Ashutosh Ray
B.S., M.S., F.P.O.
Reg. No.-18853-AMC
Sri Sri Sankar Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर आशुतोष राय एमएस एफओ
१८८५३-एमसी

Dr. Subir Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
স্বাক্ষর ও পদ প্রকাশন অধিকৃত অফিসার

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारतीय इतिहास ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अन्वयः ॥ अथवा ॥ २ ॥

2020