

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0110/2784

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ABANTE NATH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BHAGABAN CHANDRA NATH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

SUMHAS BLOK MANIKPUR RAIPUR SOBARPUR
 HARINAVI SOUTH 24 PARGANAS 750148
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1800 x 12 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पत्रांक संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	ABHANI NATH	08	M	SON
2	SABITA NATH	49	F	WIFE
3	AMET NATH	25	M	SON
4	ARUP NATH	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा के नीचे 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 दिने गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. TUBERCULOSIS - CATAMAN - RE

2. SURGERY - RE (SICCA 201)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED

जो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उन्ही "कोशिका" द्वाारा, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या उसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्यों के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात पर भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के किसी भी उपयोग से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होगा। मेरी सहायता के लिए या उसे जारी रखने का निर्णय केवल कोशिका फाउन्डेशन के भरोदारों के अधिकार में होगा। मेरी सहमति के बिना कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए या उसे जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा दी गई सहायता को हम पूर्ण रूप से प्राप्त नहीं कर पाएंगे। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा दी गई सहायता को हम पूर्ण रूप से प्राप्त नहीं कर पाएंगे, तो हम शेष राशि को किसी अन्य स्रोत से पूरक करेंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हम किसी भी रोगी के मामले के लिए कोशिका फाउन्डेशन से कोई भी वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, हम यहाँ पुष्टि करते हैं कि हम कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए या उसे जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं रखते हैं।
- 2) कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा किसी भी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के रोगी के उपचार के लिए या उसे जारी रखने का निर्णय केवल हॉस्पिटल के अधिकार में होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/01/19	Dr. Anshu Kumar M.B.B.S. F.R.C.S. 18853-AMC Sushila Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका व पिन कोड	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर