

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: K/0019/2788

APPLICATION DATE: 24/01/19

NAME of APPLICANT: ARATI PAL

AGE-YEARS: 69

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUNIL CHANDRA PAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 24 RAHOTA NATION GRAM, BAYANAGAR, NORTH 24 PARGANAS DISTRICT, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

OCCUPATION: HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | ARATI PAL                                         | 69                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | SAMIR PAL                                         | 46                         | M              | SON                                             |
| 3                      | PRADIP PAL                                        | 44                         | M              | SON                                             |
| 4                      | PRADIP PAL                                        | 41                         | M              | SON                                             |
| 5                      | SAPNA PAL                                         | 38                         | F              | DAUGHTER                                        |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - MIGRAINE - LE                                                                         |
| 2                      | SURGERT - LE (SUSPENSION)                                                                         |

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: **सर्वोदय एन सीएस एन**

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यकीनपूर्वक कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यकीनपूर्वक कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र से भी मदद नहीं ले रहा हूँ, इस मदद का उपयोग या सहायता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो नहीं है और न ही भविष्य में रहेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 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 प्रश्न पर अपने इच्छाया या अनुरोध की जानकारी देकर, मैं (अर्हक) अपनी स्थायित्व को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चर्चा और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, साक्षात्कार द्वारा उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा या अनुरोध के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चर्चा और विवरण को कि सहायता को उद्घरण से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित भरोसे का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्ष के अनुसार या अंगों का स्थान

AGREEMENT by HOSPITAL. (WHICH DO YOU)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारी अतिथिगत, हस्ताक्षरी की ओर से सम्पूर्ण/लेखी को "बोलिया का सम्मान" से दिलिय सम्मान देते विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी साकारता संभव या किसी अन्य उद्देश्य से उच्च टोपीपत्रालय में लाने या ले जाने के, जैसे कि इनमें "कोलिका पायन-डोर" से डिपॉजिट/विनिर्दिष्ट उच्च को संभव में "कोलिका पायन-डोर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका पायन-डोर" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकार/सहायता हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी साकारता संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लाने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विनिर्दिष्ट गहरा उच्च टोपीपत्रालय हेतु किसी भी साकारता संभव या किसी अन्य साकारता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोलिका पायन-डोर" से ली गई सहायता संभव विनिर्दिष्ट इच्छा की है। टोपी या सहायता द्वारा ही यह सहायता या किने लाने सहायता/अधिकार का प्रमुख टोपी एवं सहायता से बीच का विभव है और "कोलिका पायन-डोर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसलिये सहायता में टोपी को सहायता सुरक्षा और जाने जाने की खाती विनिर्दिष्ट टोपी एवं सहायता को लेनी और "कोलिका" को कोई अधिकार या विनिर्दिष्टी इस मामले में नहीं लेनी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

### हमनीकृतता को लिए संयुक्ति

|                                                     |                                                                                                          |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अर्पण की तिथि<br><b>24/01/19</b> | Dr. <b>Smrita Ray</b><br>MBBS, MS, FPOS<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>Dr. <b>Smrita Ray</b> | Dr. <b>Sankar Bagchi</b><br>Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>Dr. <b>Sankar Bagchi</b> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

|                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>म्यासी इन्सुरन्सर्स                                       | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>म्यासी इन्सुरन्सर्स                                         |
|  |  |