

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2800

APPLICATION DATE: 24/01/19

NAME of APPLICANT: SANTI DEVI

AGE-YEARS 58 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LAKHAN SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

 94 19 MOHIN DARA BHATPADA JAGADHAR
 NORTH 24 PARAGANAH MARG, WEST
 BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- N/A -

OCCUPATION: DOMESTIC HELP

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 900 x 12 = 10800/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. N/A

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

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 संबंध
1.	CHANDI DEVI	58	F	SELF
2.	SURESH SHAW	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विषयों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा उक्त प्रपत्र में उक्त उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उक्त उद्देश्य के लिए है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग करें, जिससे दानों को जुटाया जा सके और कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी दी जा सके।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को अधिकृत करने के लिए मैंने स्वीकृति दी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा 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:

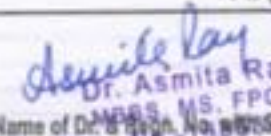
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से मदद मांग रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मांगी गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मांगी गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे यह स्पष्ट होता है कि कोशिका फाउन्डेशन को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मांगी गई मदद के लिए हमें कोई भी अन्य स्रोत से मदद मांगने की आवश्यकता नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्य के लिए ही होगा। रोगी का इलाज और उपचार का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी को इलाज शुरू करने और उसे जारी रखने की पूरी जिम्मेदारी रोगी और हॉस्पिटल की होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Asmita Ray (Name of Dr. & Designation, No. of Hospital) आर्य समाज चिकित्सालय, दिल्ली	 Shri Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे हॉस्पिटल 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
