

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2816

APPLICATION DATE: 25/01/19

NAME of APPLICANT: KANCHAN NASKAR

AGE-YEARS 59

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIRALAL BHANDARI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

ABDALPUR, THANAND HARBOR-1, SOUTH 24
P.O. GANAS H 95262, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

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

PAN No. क्या है या नहीं

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	KANCHAN NASKAR	59	F	SELF
2	JAPAS NASKAR	9.6	M	SON
3	SUMITI MONDAL	32	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/दवाखुर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Tuberculosis - Chest - LE
2	Surgery - Le (Ses-not)

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 तो यह सहायता जारी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना):

- 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 प्रश्न 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी या मेरी है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या मेरे लिए है और मैं इसे भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, रण, सार्वजनिक रूप से उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित और प्रशंसा करने के लिए किया जा रहा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाते। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से या मेरी/उन्ही की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरी/उन्ही और मैं भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या मेरी/उन्ही के लिए, जिसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान करेगा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल प्रत्येक मामले में उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी/उन्ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने अपने को उन्ही/उन्ही के रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 02/04/19	Dr. Anil Kumar MBBS, MS, FRCS (Surg) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आयसी हस्ताक्षर 1 Safaryal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आयसी हस्ताक्षर 2 Safaryal
--	--