

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: K/009/2818

APPLICATION DATE: 25/01/19

NAME of APPLICANT: SUMITRA MAJHI

AGE-YEARS: 54

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOURANGA MAJHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गौरीगंगा माथी

GAINCHALA, WARD 58, TILAJALA
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सगाई आवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

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):
क्या आप आय कर दाखल करते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हाँ / 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.	SUMITRA MAJHI	54	F	SELF
2.	GOURANGA MAJHI	60	M	HUSBAND
3.	KAMALA MORDAL	37	F	DAUGHTER
4.	ETMALA DHARA	30	F	DAUGHTER
5.	SOMA BOR	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी 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 (SICHTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ N/A

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायक रिहाज की जा सकती है।
- 2) मेरी इस बात का आश्वासन है कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली गई राशि है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में दिये गए हैं।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या प्रयोजन की राशि नहीं ले, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और या ही लिये मैं नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (same as work)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/produce 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 प्रश्न पर अपने इकाया या जगह को ज्ञान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, राज. चारकसंग द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना किसी भी प्रकार कागज पर प्रकाशित करने से निम्न अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी इकाय को ज्ञान पर मेरा या मेरे करने से निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामान्य को उत्प्रेषण से प्रशिक्षित है जुड़े सहायता का इकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षाओं में बदलाव या अपेक्षा का निराकरण



AGREEMENT by HOSPITAL. (WFSH 20 4700)

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.

काले अधिकांश मामलों की ओर से जमाने-पोली को "कॉलेक्टर जमाने-पोली" से विभिन्न कारणों से अलग किया जा चुका है। जिसे इन (इमानदार) विपक्ष प्रसार से मान्य व स्वीकारा जाता है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वीश्वरी के लिए संकल्प

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/04/19	Dr. Alakh MBBS, MS, PhD (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Shri Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसाई इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसाई इलाका 2	
		