

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/0219/3303

APPLICATION DATE : 14/02/19

NAME of APPLICANT : SARASWATI BARAI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

SUDHANYA BARAI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

PART NO - 102, MOHANPUR NORTH - 24, PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस पर सही का निशान लगायें)

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	SARASWATI BARAI	65	F	SELF
2	DURGA BARAI	43	F	DAUGHTER
3	CHANDAN BARAI	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **ଅର୍ଦ୍ଧେକ ଟୁଆ ଖିସଲା ପତ୍ର:**

- 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 धोखेबाज करता हूँ कि इस प्रश्नक में दिये गये सभी विवरण यहाँ जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण पूर्व कथन अज्ञात पाया जाता है तो मेरी सहायता निरत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दिला "कॉन्सिडर फ़ाइनडेडशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नक में पता पड़ा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नक की गई है, उस दान का अतिरिक्त या सबक किसी अन्य दान/निवेदन/वीथी सम्बन्धी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक द्वारा कबल)

- 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 इसकाया या अंगों की छाप लक्षणका, मैं (आवेदक) अपनी समझ की दृष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एक न्यासी, राज, साधारण्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसकाया की पक्षों या रूप में करने के लिये "कोशिका काउंटेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षक के समाना या ओरों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 000)

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 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.

हमारे अधिकार हस्ताक्षरी की ओर से सामाजिकोपेक्षी को "अतिरिक्त कानूनीकरण" के विधिपत्र प्रकाशित होने सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से ध्यान से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवैधान और न ही अधिनियमों में विशेष प्रावधान किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ऐंटी/पामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रावधान किसी अतिरिक्त/नकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्रावधान लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी पदर उक्त ऐंटी/पामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ली गई सामग्री कोषल विधि में प्रकृति की है। ऐसी पर हमसकल ड्राइ पी गई सलक क किने गये उपकल/प्रक्रिया क सुकल ऐसी एवं हमसकल के बीच क विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" ड्राइ किसी प्रकार क कोई रकल नहीं है। इसलिये हमसकल में ऐसी क इलल सुलल और अने कने की लारी बिमेलारी ऐसी एवं हमसकल की लारी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया क बिमेलारी इस सलले में नहीं लारी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/02/19	Dr. Alok Agrawal MS, Ph.D (Eye) FMRF Reg. No. 34786 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्ताखर व रजि. नं.	Shih Sankar Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताखर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताखर 2	
		