

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K10619/0551

APPLICATION DATE: 20/06/19

NAME of APPLICANT: MANJU SHARMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BALARAM SINGHA RAY

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

92/86 2ST BUILDING CHAUL PATTY ROAD,
BELEGHATA, KOLKATA 700010, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: PS. 1700 x 12 = 20400/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
1.	MANJU SHARMA	62	F	SELF
2.	SANJAY SHARMA	38	M	SON
3.	SUMAY SHARMA	35	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) सटीसी 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) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कतार दूँ 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 इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेग, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ कतार दूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उस राशि का व्यय या समस्त किसी अन्य छोटी/बड़ी/किसी अन्य कम्पनी से न ली जाय और न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 fulfilment 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना मेरे इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, राज, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के खतरे या हार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इच्छाएं या अंगुठे 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 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.

इससे अधिकतर इस्लामी की ओर से गणतंत्र/देशों को "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलियन सहायता हेतु प्रोत्साहित की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही पवित्र में विधि सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उठा रोटी/पायले में लेने या ले खे न, जैसे कि इनमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विनिर्दिष्ट उठा के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो आपत्तल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल टिप्पण मरर उठा रोटी/पायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेते या सहायता केवल विधि प्रवृत्ति की है। रोटी पर इम्पोज़िट द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोटी एवं इम्पोज़िट के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषे इम्पोज़िट में रोटी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की खाती जिम्मेदारी रोटी एवं इम्पोज़िट की होगी और "कॉशिका" को कोई पणिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकता के लिए संरचना

Miss Catherine Daniels

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/06/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसमंत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्ताकिक उपकरणे हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्यामी इन्स्टाण्डर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामो हयलाक्षर २