

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0010/1585

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/9/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

REKHA CHANDA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

FANINDRANATH SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

ASHOKENAGAR, KALYANGATI, NORTH 24
PARAGANAS 743222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS 1700 X 12 = 20400/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या साक्ष्य संख्या

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

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

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 सम्बन्ध
1.	REKHA CHANDA	70	F	SELF
2.	GOPAL CHANDA	63	M	SON
3.	SHYAM CHANDA	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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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
2.	SURGERY - LE (STIES + ZOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **ଅର୍ଦ୍ଧେକ ଟୁଟ ସୌଦାଗରୀ ନା:**

- 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 आवेदन 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 यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस सहायता का उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए कोई भी रकम की वापसी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सहाजक, मैं (अर्हदारक) अपनी साक्ष्यी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मन्त्रियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" समग्र मासिक, रात्रि, कार्यक्रमों द्वारा उत्पन्न से मुझे प्रतिनिधित्व और सहायकों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व मासिक अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदारक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाजक के अर्हदारी से प्रतिष्ठित है मुझे प्रत्यक्ष सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समग्र उनके मन्त्रियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से 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 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.

1) यह कि न तो परिधान और न ही भूखिन्न में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उभर रही होगी। यही कारण है कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय उभरने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अर्थिक/सहायता देना मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मरद में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध मरद उभरने/प्राप्त करने के लिए किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं सहायता लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गैर सहायता केवल विविध प्रकृति की है। एजेंसी का इस्तेमाल द्वारा ही गैर सहायता का किया गये उपकरण/उपकरण का पुनर्प्राप्ति एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में एजेंसी को इस्तेमाल सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी एजेंसी एवं इस्तेमाल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पण को छवि 2/2/19	Dr. Asha Agarwal M.D.S., M.S. (Dent), F.M.R.P., F.S.N.C. Reg. No. 55555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.	Shri Gaurav Bagchi Director Sushil Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
		