

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0910/1502

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/01/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAYA ROY CHOWDHURY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

RAMPADA BHATTACHARYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

TAPALI MATHERBARA, HAKIMPUR, NORTH 24
PARAGANAS 743273, 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 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 खड़ी 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 सम्बन्ध
1.	MAYA ROY CHOWDHURY	71	F	SELF
2.	KRISHNA CHOWDHURY	48	F	DAUGHTER
3.	MITA CHOWDHURY	46	F	DAUGHTER
4.	CHANDRA LALITA	43	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DZAG10323 - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LECIES + 202

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा यः

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रारूप 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 यहाँ पर सहायता प्राप्त "कौशलिक प्रशिक्षण-टीशन", से ही जो पढ़ाई है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में प्रदत्त किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप की पूर्ति है, इस उद्देश्य का कौशलिक या कक्षा विज्ञान किसी अन्य स्रोत/निरोपक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signs on word)

- 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 हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मालिकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् मालिकों, दल, चक्रवर्त्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व मालिकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके मालिकों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदन के प्रत्या या बाएं बांगूठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਸਹਿਮਤ)

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.

1) यह कि न तो वर्णमन् और न ही अधिनियम में विविध सामाजिक किस्मों और सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य तरीके से उक्त टोपी/मालतों में होने या होने हैं, जैसे कि हमने "बोधिका फाउन्डेशन" को शिफारिश/विशेष उक्त को सम्बन्ध से "बोधिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "बोधिका फाउन्डेशन" द्वारा सामाजिक विविध अर्थिक/सामल हेतु सम्बन्ध नहीं किया जाता है तो अगस्त किस्म अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सामाजिक होने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त द्वितीय मरद उक्त टोपी/मालतों हेतु किसी और सामाजिक संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं सौंप/देगी।

2. "कोशिका पराबन्धन" से ही यह साधपात्र मेंवत विविध प्रवृत्ति की है। ऐंले पर इन्सुलिन द्वारा ही यह सलख या किये गये उपकारप्रक्रिया का सुदृढ ऐंली एवं इन्सुलिन के बीच का विपल है और "कोशिका पराबन्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीमे इन्सुलिन में ऐंली को इलाक मुद्रा और आने जाने की सारी विम्वेदरी ऐंली एवं इन्सुलिन की ऐंली और "कोशिका" को कोई प्रवृत्ति या विम्वेदरी इस पापले में नहीं ऐंली।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती फे लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/5/19

Dr. Dhananjay Giri
MBBS, MS
Reg. No.-60578

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

हाम्यस्य चान्न नृप इहाम्यस्य च एव न

Shib Sankar Bagchi
Director

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

नान् य १६ हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानविक उपचंग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
समर्थ केशव 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इमरान 2

list