

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0319/1606
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 10/9/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: ANURUPA HALDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANAT KUMAR BANERJEE
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAMNAGAR, NAYAGARAI, HOOGHLY DISTRICT, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 x 12 = 20400
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	ANURUPA HALDAR	64	F	SELF
2.	SANAT HALDAR	41	F	DAUGHTER
3.	SARITA HALDAR	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्युक्त/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LECTIC + 20L

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE एवं गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक इत खेना पा:**

- 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 प्रकरण 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 इससे सहायता एतल "कौशलिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं है, इस एतल का अधिकार या छूटका विरस्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न हो सके होगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signs and seal)

- 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी रायों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में बंटा है, उसे "कोशिका" दम्प न्यासी, घर, पावसाच व दूसरे उद्देश्यों से चुनी गतिविधियों और उत्पादनियों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे कदा: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्प उनके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्तव्य)

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.

हमारे अधिपक्ष, इसलिये की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्ति सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) विम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमें पता और न ही अधिकार है कि वित्ति सहायता किसी और साकार संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त रोगी/मार्ग में लेनी या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के मान्य व "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि स्वीकृत/सफल हेतु पद नहीं दिया जाता है तो हमारा किसी अन्य और साकार संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पक्ष से स्पष्ट कहा जाता है कि असफल विधि पर उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी और साकार संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी या सहायता केवल वित्ति प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा द्वारा ही या सहायता या बिना न के उपचार/विधि का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हमारा में ऐसी के सहायता सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा की होती और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Versteeg

Sri Sri Foundation & Research Centre

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

नमः य एव हस्मिन्नात् अधिकतः अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मान्यवरिण्ड ठाण्णुण हें

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भ्यामी इजाजत २