

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1019/1676

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 3/10/2019

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KAJAL HALDER

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ROTIKANTO HALDER

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KURLABHANGA, JIGENDRA NAGAR, SOUTH 24
PARGANAS 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

= AS ABOVE =



OCCUPATION : HOMEMAKER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 X 12 = 22800/-

कुल वार्षिक आय

(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 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.	KAJAL HALDER	52	F	SELF
2.	RINCO HALDER	24	M	SON

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

DPL 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 विन्यास का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STICS + IOL)

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी गलत विवरण एवं कथन मेरा प्रारूप वास्तव में मेरी सहायता मिलने को न्यस्त करेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, इस राशि का भुगतान करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भुगतान करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगी जा रही है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता मांग सकते हैं और/या मेरी सहायता के बारे में जानकारी फैला सकते हैं। इस प्रकार का उपयोग कोशिका फाउंडेशन के द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रकाशित करने से मेरी सहायता मांगने का अधिकार नहीं बढ़ेगा। इस मामले में "कोशिका" ट्रस्टी द्वारा निर्णय लेने का अधिकार अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और/या मुद्रा लगा देने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार नहीं रखते हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता मांगने का अधिकार दूसरे स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार देता है। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें सहायता मांगने का अधिकार दूसरे स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार देता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया का चुनाव हमारे और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया का चुनाव हमारे और हस्पताल के बीच है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/10/2019	Dr. Arunava Bandyopadhyay MBBS, MS Rachy - 59300 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	