

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2126
आवेदन संख्या : K/1119/2126

APPLICATION DATE : 13/11/2019
आवेदन तिथि : 13/11/2019

NAME of APPLICANT : TULSI PARVI
आवेदक का नाम : TULSI PARVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 57
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOUR PARVI
पिता/सहोदर का नाम : GOUR PARVI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता
KALINATH, GHOSHAL ROAD, KAMARHATI,
NORTH 24 PARGANAS 700007, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सदैव निवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : DOMESTIC HELP
व्यवसाय : DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 X 12 = 25200/-
कुल वार्षिक आय : RS 2100 X 12 = 25200/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वयं खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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.	TULSI PARVI	57	F	SELF
2.	TARAL PARVI	32	M	SON

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेषा के नीचे आय पर
(इस पर को छाप डालें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग आय पर
(इस पर को छाप डालें)

Ration Card
(Attach Copy)
रसयोजना कार्ड
(इस पर को छाप डालें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

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 एतौ रई सहायता पसी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्य प्रोपस कर)

- 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 बताना 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 इस बात को सकारणतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जान रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने आगे से किसी भी स्रोत, उद्योग या बीमा या अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता है और न ही प्रतिफल नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्य कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकरण में मेरी सहायता के संबंध में मैंने अपना हस्ताक्षर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर दस्तावेज की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को सौंपकर बताना हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में सौंपे हैं, जिनसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी उद्देश्य के लिये धन, सामान्य वस्तु, सेवा, आदि प्राप्त करने के लिये प्रचारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरी उद्देश्य के लिये प्रचारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरी उद्देश्य के लिये प्रचारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ह्य कर)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें वित्तीय सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बनाया गया है कि अस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश करता हूँ। मेरी यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>13/11/2019</p>	<p>Dr. Priyansha Chatterjee M.B.B.S. D.M. No. 70555 (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Shikhar Bagaria Director Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक ह्य कर)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	