

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षपाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0/20/3723 APPLICATION DATE: 28/1/2020

NAME of APPLICANT: SUKHI MAJI AGE-YEARS: 61 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: GANESH MAJI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DAURA DANGA, BARODHAMAN, 713128, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 21600

(Attach Proof of Income)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SUKHI MAJI	61	F	SELF
2.	SOURDEV MAJI	35	M	SON
3.	GOPA MAJI	30	F	DAUGHTER
4.	GANESHA MAJI	65	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - (REGISTRATION)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा)**

- 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। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अज्ञान कथन ज्ञान है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रारूप में सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से तो जा रही है, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस उद्देश्य के लिये, मेरे खर्च का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही यकीन में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा)**

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छवि और पता सहित "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्राप्त, प्रकाशित करने के लिये उद्देश्यों के लिये किया जा रहा है। इस प्रारूप में सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से करवा रहा हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिये सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)**

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.

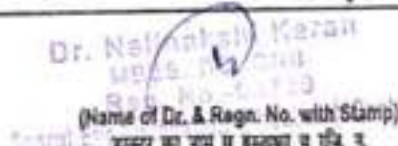

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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 की और से यहाँ घोषणा की जा रही है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से यकीन कर सकते हैं:

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उन्हीं उद्देश्यों के लिये प्राप्त करने के लिये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने के लिये पूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे हॉस्पिटल में हमारे कर्मचारियों द्वारा और अन्य कर्मचारियों द्वारा दी गई सहायता को हमारे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>28/1/2020</b>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

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