

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1218/1974** APPLICATION DATE : **13/12/22**  
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MENAKA ROY** AGE-YEARS **50** SEX **F**  
आवेदनकर्ता का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : **TAPAN MONDAL**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **NARAYANPUR BALIKUMTA DAIATARA NORTH 24 PARAGANA PURB MEGHALA**  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**  
स्थायित्व निवास पता



OCCUPATION : **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. **XXXX XXXX XXXX**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर छी का चिह्न लगावे) हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1.	<b>MENAKA ROY</b>	<b>50</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>ANAND MOHA ROY</b>	<b>51</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND - (FN)</b>
3.	<b>SAISH ROY</b>	<b>06</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>TANALI ROY</b>	<b>21</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>
5.	<b>DAPII ROY</b>	<b>18</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए किसी आधार

<b>EPL Card</b> (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) एसएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached व्याज/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को चर्चा प्रमाणित सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - L.</b>
2.	<b>SURGERY - L. (SICR 1/01)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई चर्चा प्रमाणित सूची

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक सहायता के लिए)**

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही सचवादी हैं और सच हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो इस आवेदन को खारिज करने में या इसकी रद्दी करने में कोशिका फाउंडेशन को अधिकार है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए नहीं हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त हो सके।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए नहीं हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक सहायता के लिए)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 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.
- इस आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्थिक सहायता के लिए) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरी छवि, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने के अधिकार हैं, जो कि "उद्देश्य" के लिए है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए हूँ। इस सहायता को प्राप्त करने के लिए मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए नहीं हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त हो सके।
- मैं (अर्थिक सहायता के लिए) और मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरी छवि, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने के अधिकार हैं, जो कि "उद्देश्य" के लिए है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए हूँ। इस सहायता को प्राप्त करने के लिए मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए नहीं हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त हो सके।

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

अर्थिक सहायता के लिए मेरी छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थिक सहायता के लिए)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 from any other NGO or any other source.
- 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.

इस प्रकार, यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/छाप के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- यह कि हम कोशिका फाउंडेशन और किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमारे रोगी/रोगी के लिए है, जो कि हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं लेने के लिए अधिकार हैं।
- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए पूर्ण और संपूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृत व्यक्ति के द्वारा अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Ro & Regs. No. with Stamp) Signature	Shib Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) उपरोक्त पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थिक सहायता के लिए)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधिकृत व्यक्ति 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधिकृत व्यक्ति 2