

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य प्रेषण)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/12/8/2025** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **15/10/18**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **PARITOSH PAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **68** SEX / लिंग: **M**

FATHER/DISPOSER'S NAME / पिता/व्यक्ति का नाम: **ASHUTOSH PAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **D. GADGAON GOKULSTHAN ROAD, GARDHANA, KWANTICK ROAD, KOLKATA 700048, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: **- AS ABOVE -**

OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEMPLOYED.** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **NIL** (Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें

PAN No. / PAN संख्या: **Blank** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (को सही का चिह्न लगाएं): No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ संबंध
1.	PARITOSH PAL	68	M	SELF
2.	TANUJA PAL	56	F	WIFE
3.	ARUN PAL	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए कौन सा आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय सेवा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर को आधार पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु कौन सा उद्देश्य

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/दवाखाने से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICUTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता स्रोतों से सहायता प्राप्त है?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कौन सा सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने पर:

- 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.
- (1) मैं यहाँ पर बताने के लिए यह सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- (2) मैं यहाँ पर बताने के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताने का है।
- (3) मैं यहाँ पर बताने के लिए इस आवेदन हेतु मैंने किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बिमा कंपनी से मदद नहीं ली है और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने पर)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/utilise/print-out/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.
- (1) इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने आपसे कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने के लिए तैयार हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में शामिल हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने, प्रसारित करने, प्रसारण के माध्यम से वृद्धि, वित्तियोग और जानकारी के लिए किसी भी उपाय अपनाए जाने की अनुमति करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलेगी है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा प्रकाशित करने का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त मदद और जानकारी को प्रकाशित करने का अंतिम और अख्तियारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का नाम या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान करने पर)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इसमें अंगूठे, हस्ताक्षर की छाप या नामलेखनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- (1) यह कि मैंने वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए नहीं ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/सहायता हेतु सहायता को प्राप्त करने में असमर्थता है तो हमें अपना वित्तीय अंतर को भरने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार मैं स्पष्ट करता हूँ कि हमें अपना वित्तीय अंतर को भरने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद/सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा दी गई सहायता या मदद को उपचार/उपचार का चुनाव करने एवं हॉस्पिटल के चयन का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें अपने चयन सुरक्षा और अपने अपने को नहीं सिफारिश करने एवं हॉस्पिटल को हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre अस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामलेखनी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामलेखनी 2
	