

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0119/2023

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 01/01/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MINU DAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KENARAM DAS

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 RAGHUNATHPUR DAS PARA, KHOLADITA, BASIRHAT-
NORTH 24 PARGANAS-743428,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS-ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सही खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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.	MINU DAS	55	F	SELF
2.	KENARAM DAS	67	M	HUSBAND
3.	BURAI DAS	92	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा है:**

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय तब तब है जो मेरी सहायक निश की जा सकती है।
- 2) मेरी उद्देश्य यह सहायक निश "कौशलिक प्रशिक्षण", मेरी ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायक निश पर अन्यत्र से कोई भी भुगतान नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का कौशलिक या प्रशिक्षण प्राप्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or the wife)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से मुझे कोशिकाओं और उपस्थितियों को लिखे बिना या अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण ये हस्ताक्षर या अंगूठे या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशित के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता या उपचार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके एक बड़े इलाक़े का संयोजक बनना



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH DO NOT)

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:

- 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.

इसमें अधिवक्ता, इलाहाबाद की ओर से चारण/देवी को "कोशिका प्रदान" के विधि प्रदान के रूप में निर्धारित की जाती है, जिसे इन (इलाहाबाद) विधि प्रदान के माध्यम से जारी किया जाता है।

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकारी अधिकार किसी भी साक्षरी संग्रह या किसी अन्य उद्देश्य से उच्च होना चाहते हैं। यदि यह सत्य है, तो यह कि इनके "कोशिका फायदे" से निपटारा/निपटने उच्च को साक्षरों में "कोशिका फायदे" का परर है। यदि "कोशिका फायदे" का साक्षर किसी अधिकार/अधिकार से गुप्त नहीं किया जा सकता है तो साक्षरों किसी अन्य भी साक्षरी संग्रह या किसी अन्य संग्रह से साक्षर लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि साक्षरों द्वारा उच्च होना चाहते हैं कि किसी भी साक्षरी संग्रह या किसी अन्य संग्रह से नहीं लेना/लेते।
2. "कोशिका फायदे" से ही यह साक्षरों केवल अधिकार है। यदि यह स्पष्ट है कि यह साक्षर या किसी अन्य उद्देश्य/अधिकार का गुप्त होना एवं साक्षरों के बीच का विषय है और "कोशिका फायदे" का किसी उद्देश्य का कोई उद्देश्य नहीं है। इसीलिए साक्षरों में से ही को साक्षर सुरक्षित और अन्य जाने की सभी विनियमों से ही साक्षरों को ही और "कोशिका" को ही अधिकार या विनियमों का गुप्त होना नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/04/19	Dr. Arindam Deb MBBS, DD, FRCS Reg. No. 53088 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का पता	Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनपुलत अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	
		