

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			 Building block of life	
APPLICATION No. : K/1219/2727 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 25/12/2024 आवेदन तिथि				
NAME of APPLICANT : KANA ROY आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 70		SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RANJIT KUMAR ROY पिता/सहोदर का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता C/12 DAYAL KRISHNA MUKHARJEE ROAD, BARANAGAR NORTH 24 PARGANAS, 700035, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता AS ABOVE							
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)				
PAN No. क्या? हाँ/नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)							Yes / No हाँ / 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	KANA ROY	70	F	SELF			
2	SUMAN ROY	44	F	SON			
3	SUMANA ROY	44	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"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.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE						
2.	SURGERY — RE (SUCSTION)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस प्रत्येक को नहीं हूँ, इस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन", द्वारा, सार्वजनिक रूप से वितरण से मुझे प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो जायित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहमति के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं बदलता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एवं उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी समूह या किसी अन्य रोगी से तथा रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट रकम के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरति अस्वीकार/संश्लेषण हेतु सम्भव नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी समूह या किसी अन्य समूह/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पत्र तथा रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी/रोगी समूह या किसी अन्य समूह से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा या बिना मेरे उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की ओर और "कोशिका" को कोई चुनौती या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 25/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पिन नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2