

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: W/0124/1130 APPLICATION DATE: 11/01/2024
आवेदन संख्या: अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JAGANNATH GHOSH AGE-YEARS: 64 SEX: M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: ANIL GHOSH
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 60/50/1 OLD RASHKHOLA ROAD NORTH 24 PINNAC
वर्तमान निवास पता

W. WEST BENGAL (KHAARDAH)
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: WORKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1000 X 12 = 12,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का आय प्रमाण)

PAN No. पंजीयित

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उसे पर चिह्न का निधान करें): Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के नाम का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	JAGANNATH GHOSH	64	M	SELF
2.	BULA GHOSH	60	F	WIFE
3.	AJOY GHOSH	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्न दें

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेट के नीचे आय पर (आय पर की आय प्रमाण को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय पर आय पर (आय पर की आय प्रमाण को)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय पर की आय प्रमाण को)	Any Other Basis/Proof कोई भी प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु निम्न पर चिह्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रमाण
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता विभिन्न अन्य स्रोत से प्राप्त कराई?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन पर सहायता कराई

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:-

- 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 कतल है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतल करता हूँ कि यदि मुझे सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतल है कि मैंने इस सहायता हेतु पहले अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कतल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एलएम न्यायीयों, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निरस्त होना इसका कोई पहलू या कारण नहीं है, बल्कि "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एलएम न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कतल)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी प्रकार की व्यवस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन प्राप्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अवस्था/प्रकार हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता स्रोत या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी भी प्रकार की व्यवस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं होगी/प्राप्त होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल की हितों और "कोशिका" की कोई चुनौती या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 11/01/2024	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S., M.S. (Name of Doctor & Title No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पद/पेशे का संकेत नं.	 OPIONM AKHAYAN DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name of Hospital) SANKARAYAN EYE INSTITUTE
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनौपचारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2 
--	---