

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0124/1131
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 11/01/2024
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : JAGJIT KAUR
आवेदक का नाम
AGE-YEARS : 70
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PARMANAND KATRI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 313 SHYAM SUNDAR TEMPLE ROAD, NORTH
24 PARANAS, KHARDAH (H), FOOT, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS - ABOVE



OCCUPATION : TEA STALL
व्यवसाय
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 700 x 12 = 8,400 ₹
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. :
पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' का चिह्न लगाएं)
Yes / No
हां / 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 आवेदक के साथ संबंध
1.	JAGJIT KAUR	70	F	SELF
2.	SANGITA KAUR	30	F	DAUGHTER
3.	GIRISH KAUR	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि अथवा			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विच्छेद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 कौ से सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एक बार प्रदान किया गया है तो सभी आगामी विवरण सही हो सकते हैं।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, रिफंड, या अन्य सहायता के लिये अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति):

- 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके आजीवनियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कॉशिका" द्वारा प्रचार, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, इंटरनेट से टूटी गई विडियो और प्रसारणों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति के इलाके में रहने या काम में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कॉशिका" के आजीवनियों के उपयोग में लाने के लिए, "कॉशिका" का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उन्हीं उद्देश्यों के लिये प्रचार और प्रसारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

जागद्वी मोदी

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति):

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से प्रदान करने के "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए प्राप्त करने के लिए कोशिश करेंगे, जो कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा उन्हीं उद्देश्यों हेतु सिफारिश की सहायता प्रदान की जा सकती है।
 2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है, उसी पर हमें सहायता प्रदान की गई सहायता का बिना किसी प्रकार के प्रतिफल के प्रदान करने के लिए कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्रदान करने की जिम्मेदारी नहीं है। इसीलिए हमें सहायता प्रदान करने के लिए कोशिका फाउंडेशन और हमें करने की जिम्मेदारी को प्रदान करने की होगी और "कॉशिका" को कोई भी भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/01/2024</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>H.B.S. J.E.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p>	<p><i>OPTOM ANANDI DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKARA EYE HOSPITAL</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिये)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजीवनियता 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजीवनियता 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>