

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0124/1132** APPLICATION DATE : **11/01/2024**

NAME of APPLICANT : **MALINA PANDIT** AGE-YEARS : **63** SEX : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SONATAN PANDIT**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **3 NO MADHUPUR PURBAPARA FAITA**

SOUTH 24 PARGANAS

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS - ABOVE -**

OCCUPATION : **HOUSE WIFE**

TOTAL ANNUAL INCOME : **9000 x 12 = 1,08,000/-**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MALINA PANDIT	63	F	SELF
2.	KRISHNA PANDIT	42	M	SON
3.	KAMAL PANDIT	40	M	SON
4.	KUNAL PANDIT	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - LE (PHACOLIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED



DECLARATION by APPLICANT (अर्थीक दान करने वाले):

- 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 बताने वाला हूँ कि इस दस्तावेज़ में दिए गए सभी विवरण सही सचवादी हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ बताने वाला हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस दस्तावेज़ में बताने का कारण है।
- (3) मैं यहाँ बताने वाला हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता के लिए कोई भी आवेदन नहीं किया है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक दान करने वाले):

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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ बताने वाले की रूपरेखा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य का विवरण इस दस्तावेज़ में जोड़ें, जो "कॉशिका" फाउंडेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से दान प्राप्त करने के लिए जानकारी को आमंत्रित करने के लिए उपयोग करेगा। इस दस्तावेज़ पर मेरे नाम, पता, तस्वीर और मेरे उद्देश्य का विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा या उसके ट्रस्टियों द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- (2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य का विवरण का उपयोग करने से मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं मिलता। इस सहायता के लिए अंतिम और स्वीकार्य निर्णय कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना):

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.



इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ वित्तीय सहायता के रूप में मान्यता देते हैं।

(1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ पर हमारे हस्ताक्षर करने से हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं मिलता है।

(2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और "कॉशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 11/01/2024	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S, M.S (Name of Dr. & Place, with Stamp) हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम और पता	 OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name, Designation & Stamp of Hospital) SANKAR AND FOR EYE CARE CENTRE
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक दान करने वाले हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम (हस्ताक्षर) 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम (हस्ताक्षर) 2
	