

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 4/0124/1146 APPLICATION DATE: 15/01/2024
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KANAN MUKHERJEE AGE-YEARS: 80 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUDHIR CHAKRABORTY
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 59/2 ASHOKENAGAR KALYANAGAR (M) HARGA-II
 वर्तमान आवासीय पता
 NORTH 24 PARGANAS, 743222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —



OCCUPATION: UNEMPLOYED
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = ₹2,000
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाल छोड़ें)

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

Yes / No
 हाँ / नहीं

आप आय कर का दावेदार हैं (को घटाने को उचित या नहीं का चिह्न लगाएं)

FAMILY DETAILS (पारिवारिक विवरण)

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक से संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1. | KANAN MUKHERJEE | 80 | F | SELF |
| 2. | SHASHANKAR MUKHERJEE | 53 | M | SON |
| 3. | SHANKAR MUKHERJEE | 50 | M | SON |
| 4. | BANDANA MUKHERJEE | 46 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निहित आधार

| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार |
|--|--|---|---|
|--|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न लक्ष्य किससे प्राप्त किया जा रहा है:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — LE |
| 2. | SURGERY — LE (SIC'S + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वालों के:

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनकर असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- (3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ। इस उद्देश्य को अलग या अलग-अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वालों के)

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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन करने वाले की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'ट्रस्टियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस तरह से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, सहायता हेतु प्रार्थना से जुड़ी विज्ञापितियों और उपलब्धियों को विवरण देकर जो इस सहायता से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग कर सकते हैं या नहीं या नहीं से पूर्व "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं प्रदान करता। इस उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वालों के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

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 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 की ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हॉस्पिटल) को सहायता से लाभ न अधिकार करते हैं।

- (1) वह कि वह न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता स्रोत से प्राप्त करने के लिए या नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित इससे पहले कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अवकाश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद प्राप्त करने हेतु सिफारिश करने वाली सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद सहायता वित्तीय प्रकृति की है। चिकित्सा उपचार का चयन करने के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हॉस्पिटल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे हॉस्पिटल में चिकित्सा उपचार और चिकित्सा के सभी विवरणों को एवं हॉस्पिटल को सौंपा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

| | | |
|---|--|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/2024 | <p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Register No. with Stamp) डा. शिबाशिस दास, एम.बी.बी.एस. एम.एस.</p> | <p><i>OPTIOM ANSHU DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (or Head of Hospital)) SANKARA JYOTI HOSPITAL एन.डी.के. इन्स्टीट्यूट ऑफ़ मेडिसिन</p> |
|---|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नाम और हस्ताक्षर) <i>[Signature]</i> | SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नाम और हस्ताक्षर) <i>[Signature]</i> |
|--|--|