

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0124/1147** APPLICATION DATE : **15/01/2024**

NAME of APPLICANT : **DULAL SHILL** AGE-YEARS : **66** SEX : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SURESH SHILL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **PATDANGA, BIRA BALAVEPARA, HABRA-II,**

NORTH 29 PARAGANAS 743234, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **FISHERMAN** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **2000 x 12 = 24,000/-** (Attach Proof of Income)

PAN No. : **XXXXX XXXX XXXX**

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

FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	DURAL SHILL	66	M	SELF
2.	SABITA SHILL	59	F	WIFE
3.	SANJAY SHILL	32	M	SON
4.	FOLTUSI SHILL	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्थिक दान चोखन 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 यहाँ पर दूना हूँ कि इस प्रारण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर यथासक्त धारण "कोशिका फाउन्डेशन" से सौ को रही है, उक्त सहायता इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में धरा गया है।
 3) मैं यहाँ पर दूना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारण को भेजा है, उस राशि का अतिरिक्त या सहायता निरस्त किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बिमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दान धारण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या बाँटने की छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) यहाँ पर सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, बाँटने और मेरे विवरण इस प्रारण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एग्यु न्वरसी, दन, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये, अधिकृत करें। मेरे प्रारण का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्वरसी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, बाँटने और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं भूले गये; सहायता का इलाक नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एग्यु न्वरसी त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और वाचनाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्थिक के हस्ताक्षर या बाँटने का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान धारण)

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निशान उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा धारण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त वित्तीय धरर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सौ को सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर दान से सौ को स्पष्ट है कि वे उक्त सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच कर विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतना ही हस्ताक्षर में रोगी के इलाक सुरक्षा और अन्य जाने को सारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होते और "कोशिका" की बाँटें शुभिका या विनियमों इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्थिक को तारीख 15/01/2024	 Dr. Shibash Das M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर और छाप	 OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA JYOTI EYE HOSPITAL नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्वरसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्वरसी हस्ताक्षर 2
	