

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **4/0124/1150** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **16/01/2024**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **LILA KUMARI DEBI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **50** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **NATHUNITHAKUR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **# KAMESWAR MALA 2ND BYE LANE, HOWRAH
71101, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **— AS ABOVE —**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE** MARRIED / UNMARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **6500 x 12 = 780,00** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूतแนवा)

PAN No. / स्थायी आय कर पहचान संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर देता है (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं): Yes / No /

FAMILY DETAILS / परिवार 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.	LILA KUMARI DEBI	50	F	SELF
2.	NATHUNI THAKUR	82	M	HUSBAND
3.	CHANDAN THAKUR	26	M	SON
4.	RANJAN THAKUR	22	M	SON
5.	NIVA THAKUR	19	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिए चिह्नित करना

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की कृपया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे करने की इच्छा है:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / जांच/परीक्षा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया 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: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण इस प्रकार असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यही बताना चाहता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस रोग या शारीरिक या संचालन किस्म किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराएँ)

- 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/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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, द्वारा, पत्र/चित्रण द्वारा अथवा वे सुदूर दूरदर्शिकी और टेलीविजन के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उद्देश्य को पूराने या कराने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रयोग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्ण स्वतंत्र। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराएँ)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से नाम/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 भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/कियी तक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होगी/पावले हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी के परिवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/01/2024	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S. M.S. (Name of Doctor with Stamp) राविकांता मेमोरियल हॉस्पिटल, एच. न.	 OPTIONAL SIGNATURE OF SANKAR J. DAS Sankar J. Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR J. DAS (Name of Hospital) एच. न. पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHika FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
	