

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No.: 4/0124/1184
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 24/01/2024
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BISHAKHA BAIDYA
आवेदन का नाम

AGE-YEARS 72
वयु-वर्ष

SEX M
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KASHINATH ROY
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

DAUDPUR, HATHKHOJA, SANDESHKHALI-II, NORTH

29 PARGANAS, 743611, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: FRUIT SHOP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000x12 = 72,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ / No / नहीं

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 आवेदन के साथ संबंध
1.	BISHAKHA BAIDYA	72	M	SELF
2.	PULIN BAIDYA	40	M	SON
3.	USHA BAIDYA	36	F	DAUGHTER
4.	KANCHAN BAIDYA	31	F	DAUGHTER
5.	SINGADHA BAIDYA	28	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय योजना के तहत 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AWAILED कौन सा प्रमाण प्रस्तुत करें

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण द्वारा घोषणा):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच सही हैं। यदि कोई गिवाह एवं सच सत्य तथा सत्य है तो मेरी सहायक निधि भी सही होगी।
- 2) मैं इस में सहायक निधि "उद्देशिका भावना" में ही खर्च करूँगा, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में सच सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक निधि का उपयोग नहीं करूँगा, जो इस निधि का उपयोग या सहायक निधि के अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की मदद से ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा स्वीकार)

- 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्पण) अपनी जानकारी की पूर्ति करता हूँ एवं "उद्देशिका भावना" को सौंपकर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "उद्देशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाया जा सकता है और इससे संबंधित जानकारी को भी प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पण) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रकाशित करने के लिये "उद्देशिका" को सौंपकर घोषणा करने से मेरी सहायक निधि के लिए कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होगा। इस आवेदन में "उद्देशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को प्रकाशित करने और सहायक निधि के लिए उपयोग में लाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्पण के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टि द्वारा स्वीकार)

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.

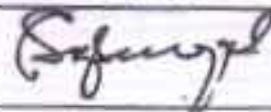
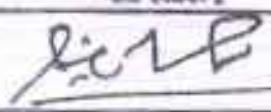
इसमें सौंपकर, इससे संबंधित मामलों को "उद्देशिका भावना" से वित्तीय सहायक निधि प्राप्त करने की स्वीकृति दी जाती है, जिसे हम (स्पष्टि) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायक निधि के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायक निधि प्राप्त करने के लिए नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम "उद्देशिका भावना" से सहायक निधि प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "उद्देशिका भावना" द्वारा सहायक निधि प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायक निधि प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से सहायक निधि प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि "उद्देशिका भावना" को सहायक निधि प्राप्त करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- 2) "उद्देशिका भावना" से प्राप्त सहायक निधि केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया के चयन में "उद्देशिका भावना" का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। उपचार के चयन में हमें अपने डॉक्टर और अपने चिकित्सक की सलाह से ही निर्णय लेना होगा। "उद्देशिका भावना" को सहायक निधि प्रदान करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/01/2024	 Dr. Shikha Das M.B.B.S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉ. शिखा दास, एम.बी.बी.एस.	 OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKARA HOSPITAL
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अहो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अहो हस्ताक्षर 2 
--	--