

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/0124/1190

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

27/01/2024

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

SATIKRANI MIRDHA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

68

SEX लिंग

F

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

BIHARIZAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का पता

DURGAMANDAP, NORTH TWENTY FOUR

FARGANAS FARZAG, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान का पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

6500X12= 78,000/-

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

PAN No. सर्वोच्च न्यायालय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SATIKRANI MIRDHA	68	F	SELF
2.	CHIRANJIT MIRDHA	42	M	SON
3.	NILABATI MIRDHA	39	F	DAUGHTER
4.	JYOSTNA MIRDHA	34	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 7.5 लाख तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि एवं निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाखाने से जारी की गई उद्देश्यपूर्ण दवाही संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIMS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है/हो

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED जो यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान योग्य है:

- 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.
 - 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.
 - 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 बताने का हूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गिबल एवं गलत ज्ञान प्राप्त बात है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही चाहती हूँ, इसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताने का है।
- 3) मैं यहाँ पर बताने का हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूर्ण, आंशिक या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे का भुगतान नहीं करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान योग्य)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photograph/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.
 - 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ें, उसे "कोशिका" पर प्रकाशित करें, कक्षा/पत्र/पत्रिका/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से मुझे भविष्य में और इस सहायता के लिये किसी भी प्रकार सहायता से सहायता करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों में शामिल है मुझे सहायता सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" पर प्रकाशित व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

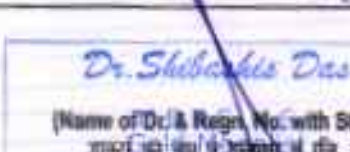
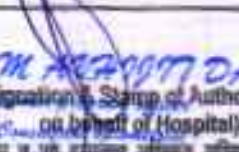
आवेदन के इच्छाकर्ता या अंगूठे का निशान



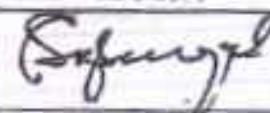
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान योग्य)

- 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:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षर की ओर से आवेदन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) वित्त प्रपत्र में मांग या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये नहीं मांगेंगे, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त/सहायता/सिफारिश प्राप्त हो सके तो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिली/असहमत हेतु सहायता नहीं मिली/असहमत है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करना चाहिए कि सहायता/सिफारिश प्राप्त करने के लिये हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता मांगना/सिफारिश करती हूँ। मेरी यह इच्छा है कि मैंने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही इच्छा के साथ किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर मैं मेरी ही इच्छा/सुझाव और अपने अपने को सही सिफारिश/मेरी ही इच्छा को मेरी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारता/सिफारिश प्राप्त करने में नहीं करती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/01/2024	 Dr. Shebanshi Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. शैबंशी दास 27/01/2024	 OPTIM ARSOP DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शैबंशी दास SANKAR HOSPITAL 27/01/2024
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	---