

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 4/0124/1193 APPLICATION DATE: 27/01/2024
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KANAKLATA KAYAL AGE-YEARS आयु-वर्ष 58 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER/S/POUSE'S NAME: DIBAKAR KAYAL
पिता/कसुम का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
BAMANGHATA, UTTAR HATGAOHA, K.L.C.,

SOUTH 24 PARGANAS, 700059, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 7000x12 = 84,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी छुट्टा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शील हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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.	KANAKLATA KAYAL	58	F	SELF
2.	DIBAKAR KAYAL	80	M	HUSBAND
3.	CHANDAN KAYAL	37	M	SON
	PINKI HALDER	37	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लिये विवरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लिये गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूर्णतः, इस सहायता का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 fulfilment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दायरा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोगियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग किए जाएंगे, जैसे कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण के माध्यम से सहायता हेतु धन जुटाने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी देना। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिए मांग किया गया उद्देश्य के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग किया जा सकता है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी सहायता हेतु प्रचारित किया जाएगा, जो मेरी सहायता के लिए मांग किया गया उद्देश्य के लिए है। इस बात से मेरी सहायता के लिए मांग किया गया उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोगियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT BY HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हमने अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से नामित/रंगी 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 सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अस्वीकार/नकारा हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही चिकित्सा या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>27/01/2024</p>	<p><i>Dr. Sankar Jyoti Das</i></p> <p>M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)</p> <p>डॉ. संकर ज्योति व राजि. नं.</p>	<p><i>OPTOM ANURAG DAS</i></p> <p>Senior program officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)</p> <p>SANKARA JYOTI HOSPITAL</p> <p>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>