

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0125 / 1580

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 01/01/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KANAN BALAKHAN

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

1 69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MANORAJAN KHAN

पिता/कटुस्थ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

TELA ROAD DEGANGA TELA NORT 24 PARGANAS - 743425
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS-ABOVE

OCCUPATION: FOOD STALL

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)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.	KANAN BALA KHAN	69	F	SELF
2.	MONORAJAN KHAN	75	M	HUSBAND
3.	RITA BAI	48	F	DAUGHTER
4.	PADMA MONDAL	45	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर 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 कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्जितकर्ता द्वारा घोषणा)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन अश्रुत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से संघर्षता पक्षि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गल है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को गई है, इस पक्षि का न्योनिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में होगा।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उन्हें "कॉन्सिका" एग्यु न्यासी, राज, राधनाथ दत्त उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिले किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण में इससे को पहले या बाद में करने के लिए "कॉन्सिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



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.

हमारे अधिकृत, हमारायी की ओर से मयमले/रंगी को "कोशिका पञ्चमैत्रम" से विविध सहायता हेतु लिखारि की जाती है, जिसे हम (हमयतल) निम्न प्रकार से मयमले के स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो लल्लूबाब और न ही भविष्य में जितिय सहायका किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ती से उक्त लेडी/पायल्ट से लेने या ले रहे हैं, बैसे कि इनमें "बोडिंगा फाउन्डेशन" से सिलविलि/विनिती उक्त के सम्बन्ध में "बोडिंगा फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "बोडिंगा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिती बालिका/सकल हेतु समुद्र नहीं किया जात है तो अल्पवयल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अल्पवयल द्विती पदर उक्त लेडी/पायल्ट हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्साधन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सतृप्त कंपत विधि प्रकृति को है। रोने का इस्तेमाल द्वारा दी गई सतृप्त या किंग गये उपचार/क्रिया का पुनर्ग रोनी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोनी के इस्तेमाल मुख्य और अन्य जाने को सारो नियंत्रण रोनी एवं इस्तेमाल को रोनी और "कोशिका" को कोई प्रथिका या विनोदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/01/25	स्वीकृति के लिए संस्तुति Director M.B.D.S., M.S. (Gold Medalist) Reg. No. 71995 WSMG (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ न	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षाल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2