

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0126/2081 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 01.01.2024

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SANDHYA PAUL AGE-YEARS आयु-वर्ष 76 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम GANESH PAUL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 298, NEW COLONY, PANIHATI, KOLKATA - 700114, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता AS ABOVE



OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 1000 x 12 = 12,000/- (Each Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 | SANDHYA PAUL | 76 | F | SELF |
| 2 | DIRAJ PAUL | 35 | M | SON |
| 3 | DIRAJ PAUL | 38 | M | SON |
| 4 | TANIMA PAUL | 26 | F | DAUGHTER |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्रा 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 सुची संलग्न |
|---------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS - CATARACT (LE) |
| 2. | SURGERY (LE) - SICTIOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिखा गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी |
|---------------------|--|--|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा कथन/कथन सत्य रूप में है तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके पूरक के रूप में, इस रकम का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करार)

- 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रारूप में प्रयोग हों, जो "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए निम्नो की प्रस्तावित गतिविधियों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोचर अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने से अधिक है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, हस्ताक्षर को और से मामला/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद/प्राप्त में लेना या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/प्राप्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मीद/प्राप्त हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा/लेगी।

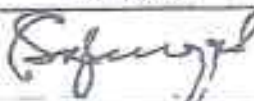
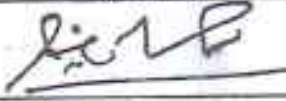
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने को सही निर्णय हेतु ही हस्पताल को हानी और "कोशिका" को कोई नुकसान या विनिश्चय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>01-01-2024</p> | <p><i>Dr. Sandeep Das</i> Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डायरेक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील</p> | <p><i>Optom Anshu Das</i> Senior Professional Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

| | |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोचर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोचर 2</p> |
|  |  |