

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)-
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0126/2159 APPLICATION DATE: 07.01.2024
आवेदन संख्या: उद्देश्य तिथि

NAME of APPLICANT: UTTAM DAS AGE-YEARS: 60 SEX: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARTIK CHANDRA DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SH/HC RANI, HARSHAMUKHI ROAD, PAIKPADA, MOSSIPORE, KOLKATA - 700002, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: TOTO DRIVER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सत्य संलग्न)

PAN No. (आई खता संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही कर निशान लगाएं) 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 संबंध
1	UTTAM DAS	60	M	SELF
2	UMA DAS	54	F	WIFE

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) - STCS + IOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी सीमा तक सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा वृत्त एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पेश किया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान की मदद नहीं करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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.
- 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.
- इस प्रत्येक का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में प्रयोग किए जाएंगे, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दानों को जुटाने और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जाएगा। इस प्रत्येक का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उपयोग के उद्देश्यों से प्रसारित किया जा सकता है। इस सहमति से "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उपयोग के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उपयोग के उद्देश्यों से प्रसारित किया जा सकता है। इस सहमति से "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उपयोग के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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:

- 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.
- 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 अंगूठे को चपले/छाप को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्ण नहीं की जाती है, तो हमें अपने अल्पव्यय को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि हस्पताल वित्तिय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझाए और अपने खर्चे को पूरी जिम्मेदारी देगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इकीकी को लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>02.01.2024</p>	<p><i>Dr. Shikanta Das</i> Director M.B.B.S., M.A. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इत्यवस्था व तारीख</p>	<p><i>Optom Anshjit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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