

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION NO. / आवेदन संख्या: **K/0225/1936**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **14/2/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **MADHABI NEBU**

AGE-YEARS / आयु वर्ष: **51**
SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रक का नाम: **PANCHU NEBU**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **FATEPUR HOWRAH 711316 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **MAID**

MARRIED (श्रीमती) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **5000 X 12 = 60000**

(Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / PAN संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही NO. चिह्नित करें): YES / NO

FAMILY DETAILS (Total: 3/3)

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / संबंध का नाम
1	MADHABI NEBU	51	M	SELF
2	PANCHU NEBU	66	M	HUSBAND
3	SUKUMAR NEBU	31	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / मोहल: त्रिका के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड प्रतिलिपि (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विनति का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किससे प्राप्त करने के लिए क्या करें?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य सहायता का स्रोत	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / प्रति वर्ष सहायता का राशि

DECLARATION by APPLICANT (उम्मीदवार का बयान)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement, whether in, Application & ongoing assistance. I am applying for financial assistance.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated in this Form, for which such assistance is 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(s) employer/s or a company, of the amount for which such assistance is requested.
- मैं यहाँ बयान दे रहा हूँ कि इस बयान में जो सब जानकारी दी जा रही है, सब सच है। मैं इस बयान में जो मदद माँग रहा हूँ, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा।
- मैं यहाँ बयान दे रहा हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी तरह से, किसी भी स्रोत से, किसी भी कंपनी से, किसी भी मदद माँगने का इरादा नहीं है।
- मैं यहाँ बयान दे रहा हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी तरह से, किसी भी स्रोत से, किसी भी कंपनी से, किसी भी मदद माँगने का इरादा नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मीदवार का स्वीकार)

- By affixing my signature at thumb impressions on this Form, Applicant hereby agrees & authorizes Koshika Foundation and its Trustees to publish and/or 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 to receiving or continuing the said assistance. The decision to grant, or after obtaining the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.
- जब मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर और अंगुली छाप लगाऊँगा, तो मैं (उम्मीदवार) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है। मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता और मेरे उद्देश्य का विवरण इस मदद के लिए, मुझे, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है।
- मैं (उम्मीदवार) और स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता और मेरे उद्देश्य का विवरण के बिना किसी भी प्रकार की मदद माँगने का अधिकार नहीं है। Koshika Foundation द्वारा मदद देने का फैसला केवल उनके द्वारा ही किया जा सकता है।
- मैं (उम्मीदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और मेरे उद्देश्य का विवरण के बिना किसी भी प्रकार की मदद माँगने का अधिकार नहीं है। Koshika Foundation द्वारा मदद देने का फैसला केवल उनके द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

उम्मीदवार का हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का स्वीकार)

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending the candidate 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.
 - that the assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the candidate/operative is made/propose by the Hospital on the patient's best interest & complete responsibility of the treatment & the Hospital, and in no way, influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of its patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- जब मैं यहाँ अपने अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की ओर से हस्ताक्षर करता हूँ, तो मैं (हॉस्पिटल) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है। मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है।
- मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है। मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है।
- मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है। मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation को अपनी छवि और पता के साथ-साथ उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे दी है, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार करने के लिए योग्य

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/02/25

Dr. S. S. Das
Surgeon
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुहर

[Signature]
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(आजीवक हस्ताक्षर)
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(आजीवक हस्ताक्षर)
[Signature]