

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0229/2030
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 25/02/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LAXMI RANI DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
56

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAPAS KUMAR DAS
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

19 DAS COLONY PANIGATI
NORTH 29 BARGANAS 700114
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 8000 x 12 = 72000
मूल वार्षिक आय

(Attach 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 चिह्न लगायें)

Yes / No
हां / 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 सम्बंध
1.	LAXMI RANI DAS	56	F	SELF
2.	TAPAS KR DAS	57	M	HUSBAND
3.	SUBASHIS DAS	37	M	SON
4.	DEBASHIS DAS	36	M	SON
5.	SUKLA DAS	32	F	DAUGHTER
6.	DEBJANI DAS	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता 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 — LE
2.	SURGERY — LE (SICST JOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जात है तो मेरी महापत्र निरस्त की जा सकती है।

2) मैं प्रपत्र में महापत्र लिये "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पता गया है।

3) मैं यथि करता हूँ कि बिना महापत्र हेतु यह प्रयोग को नहीं है, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को यथि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एवं, साधक/चरुस उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधक से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महापत्र के उद्देश्यों से प्रकाशित हेतु केवल महापत्र का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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.

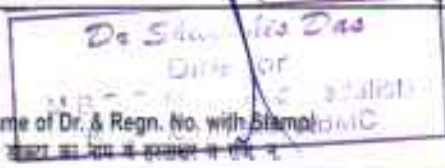

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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 की ओर से महापत्र/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महापत्र 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 महापत्र किसी भी प्रकार से हमसे या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्तव्य हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापत्र निम्नित अधिक/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायक स्रोत या किसी अन्य सन्धान से महापत्र लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यथि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वारा मन्तव्य उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी गैर सहायक स्रोत या किसी अन्य सन्धान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महापत्र केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने खर्च को सही निम्नोदगी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्युति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 25/02/25	 Dr. Sanku Das Director (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पते न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SAN नाम व पद, हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तिक उपयोग हेतु

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