

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0324/1364

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/3/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

CHANCHAL MAHAJAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

LATE RAMESH MAHAJAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KORAKATI, VTC KORAKATI, NORTH 24 PARANARI
743446, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

6000X12 = 72,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य 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.	CHANCHAL MAHAJAN	64	M	SELF
2.	PUSHPA MAHAJAN	55	F	WIFE
3.	SULATA MAHAJAN	40	F	DAUGHTER
4.	SANDHYA MAHAJAN	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनति 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 (STCS + TOL).

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली

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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक वाक्य-असत्य पाया जाता है तो मेरे महापत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्रावली "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्रावली पर इस प्रश्न की गई है, उस प्रतिलिपि को अतिरिक्त या भ्रमजनक छिपाया किसी अन्य प्रोत्तन/निर्वाचक/बोधा कम्पनी से-न हो लिया है और न ही परिवर्तित की होगी।

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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंकित की छात्र लगाकर, मैं (अवेकक) अपनी प्रार्थना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, एन. राधनाच का दूसरा वर्द्धन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार वाध्यता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रस्ताव की प्रस्ताव के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेकक) इस बात से वाध्यत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के वर्द्धन से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक से सम्बन्ध या अंगुलि का निशान

Chari Chal Mahajan

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिष्ठाता, हस्तश्री और जोर से मानने वालों को "जोशिया का साराजेंशन" से विनियमन प्राप्त होना आवश्यक भी ज़रूरी है, जिसे हम (हस्तश्री) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीट में उक्त रोगी/मामले में भेजे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विकसित/विपणित उक्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम आशिक/मकाल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिग्रीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता संस्था विधिपद्धति की है। रोगी या अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या बिधे एवं उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं अस्पताल को बीच का बिधेप है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई धमिका या बिधेधारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 4/3/24	<i>Dr. Subashis Das</i> M.B.B.S. D.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं.	<i>OPTOM Ananta Das</i> Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA JYOTI HOSPITAL नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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