

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : K/0324/1369 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 6/03/2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : ASHA PAUL आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 66 वर्ष	SEX : F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CHITYA PAUL पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्मान आबासीय पता SRINAGAR, BARASAT(M) NORTH 2A				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : नयाई आबासीय पता MARGANAS 700124 WEST BENGAL				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION : COOK व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 2000x12 = 24,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : स्वयं ज्ञाता 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 हां / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sl. 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.	ASHA PAUL	66	F	SELF
2.	RINA PAUL	33	F	DAUGHTER
3.	SOMNATH PAUL	34	M	SON
4.	TUKU PAUL	30	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कितनी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विषयों का उद्देश्य:				
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिये गया हो?				
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी		

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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विरुद्ध को का सकती है।

2) मैं इसी से सहायता यथा "कौशिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ। उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरी जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विरुद्ध किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस दाय पर अपने हस्ताक्षर या मूले की छाप लगाकर, मैं (अवेकेश) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका काउन्सिल और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस दाय में घोषित है, उसे "बोशिका" एबम नगरी, राज, कानूनवा द्वारा उद्घोष में जुड़ी पतिविधियों और उपायविधियों के तहत किसी भी इस माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दाय का विवरण में इसका के पता या कार में करने के लिए "बोशिका काउन्सिल" व व्यक्तियों अधिकृत है।

2. मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और निवास को कि सहायता को उत्प्रेरणा से प्राप्ति है युक्त स्वतः साक्षात्कार का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्योषियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आजैद्वय के हस्ताक्षर एवं अंगुलि का निशान



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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधीनस्थ, हमसफ़री की ओर से मायसे/गोरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हो निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हमसफ़र) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो निर्माण और न ही स्थिति में किसी सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त से उच्च रेट्रो/ग्रामों में लेना या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिफ्टिंग/विनिमय उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमय जारि/संभवतः हेतु मन्थन नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उच्च रेट्रो/ग्रामों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टर" से ली गई सहायता अंशतः विविध प्रकृति की है। रोगी पर इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लान्ट को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इम्प्लान्ट में रोगी के इलाज का चुनाव और जाने-जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं इम्प्लान्ट को होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रयत्न में नहीं होगी।

समोक्तो के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/03/2024

Dr. Subashis Das
M.B.B.S. M.D.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
बिहार का नाम व इलाका के साथ है

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी कलाधर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: इत्यादि 2

scrf