

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0324/1412 APPLICATION DATE : 14/3/24

NAME of APPLICANT : LALITA HESH AGE-YEARS : 65 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SWPAN HESH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 67 KANKURGACHI 2ND LANE, KANKURGACHI, KOLKATA 700054, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : TEA SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 X 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (सर्वोच्च 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 लगाएं)

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.	LALITA HESH	65	F	SELF
2.	RANAJIT HESH	40	M	SON
3.	ADAR HESH	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनियम 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 (SIRES + IOL)

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

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

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 कबता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण जो कथन असत्य पाया जाये है तो मेरी सहायता विनियम को तो सबकटी है।

2) मैं इसी आ सहायता पति "कोशिका फाउण्डेशन", में ली जा रही है। इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।

3) मैं यहाँ पर कबता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भेजा जा रहा है, उस राशि का भुगतान या संकलन किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या से लिया है और त ही परिधि में लीगा।

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 प्रश्न पर अपने उत्तराक्षर या जवाब की सहायता के बिना लिखें। (प्रत्येक) अपनी सहायता की पुष्टि करना है एवं "कोशिका फाटने से पहले उनके जवाबों" को अधिकृत करना है कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेड्ड, दान, कल्पना या दूसरे उद्देश्य के लिये गोपनीयता और दस्तावेजों के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचारों को हल करने के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाटने से पहले" के जवाबों को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

नामालय ६२५

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 अतिथिगत हमलाओं को और से व्यवस्थित करने को "कोशिका प्रमाणिकता" से कठिण गवाहता हो निपटारा को जारी है, जिसे हम (हमसाल) बिना प्रकाश से माया से धोखा करते हैं।

1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में विधिवत सहायता किसी एक सरकार को संभव था किसी अन्य को। जो उक्त लोगों/घरानों में से कोई था वह भी, जैसे कि हमने "कांसिका काउन्सिलर" से सिकरिफ/विनीत उक्त को संभव में "कांसिका काउन्सिलर" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कांसिका काउन्सिलर" द्वारा सहायता विनीत अशिका/कलत हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य एक सरकार को संभव था किसी अन्य सरकार को सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय घर उक्त लोगों/घरानों हेतु किसी एक सरकार को संभव था किसी अन्य सरकार को नहीं होगा/लेगी।

२. "कोशिका चान्द्रोदयः" से ली गई महापरा डीएनए क्लिपिंग प्रक्रिया की है। रोगी या स्वस्थ मान दाढ़ी ली गई मानव या किये गए उपचार प्रक्रिया का अभाव रोगी एवं स्वस्थ

यों बीस का विषय है और "कोशिका जातबोधन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य देखा नहीं है। इसलिए हमारा में ऐसी कोई हलचल नहीं और उसे जाने की भारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा ही होगी और "कोशिका" की कोई भीयका का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

▲ व्योक्तो के लिए संस्थिति

14/3/24

Dr. Subash Chandra
M.B.B.S. M.D.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.सुबोध चन्द्र

OPTIONAL SIGNATURE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
On behalf of Hospital)
SANGHVI INSTITUTE

अन्त्येक वपयन्तु हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 (Name of Trustee)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती इत्यादि २

Erasmus

Sc 28