

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0324/1442

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/03/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SANDHYA SANTRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

ASHWANI DOLUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान-आवासीय पता

BAINAN KORIA CHAK HAORA 711303

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2000 x 12 = 24000

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो भी लागू हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
1.	SANDHYA SANTRA	63	F	SELF
2.	SUKHEN SANTRA	42	M	SON
3.	REBA SANTRA	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. 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 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 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 घोषणा करता 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 सहायक निधि को वापस करी जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायक निधि "कारिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि जिस सहायक निधि का प्रार्थना की गई है, उस निधि का अतिरिक्त वापस किया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

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/post-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.

1) इस दृश्य का अपने हस्तधरा या अंगुष्ठों को छुआ लगाकर, मैं (अवलोकन) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दृश्य में प्रोक्षित है, उसे "कोशिका" एक्स न्यूमी, इन, चयनाया इस उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिए किसी भी प्रस्ताव मध्यम से प्रसारित करने में निरुद्ध अधिकृत है। मेरे दृश्य का विवरण में इनका जो पहलू या स्तर में कार्य को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kostika 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 अधिकार, हमलवारी की ओर से सामान्यतया की "बोलिका" कायदेनारा" से मिलित मातापिता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसल) दिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कार्यवाह और न ही अधिकारी या विधायक सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त संगी-नामसे से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से विधायक-विधायिका उक्त के सम्बन्ध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदद हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता विधायक अधिकार-सम्बन्ध हेतु मन्थन नहीं किया जाता है तो अव्यवस्था किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार प्रकटित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवस्था द्वितीय बंदर उक्त संगी-नामसे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से नहीं लेता-लेती।

2. "कार्बोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसा पर हम्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रणो एवं हम्यताल को बीच का विषय है और "कार्बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम्यताल में रणो में इलाज सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रणो एवं हम्यताल की होगी और "कार्बोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

इन्हींकृती के लिए संस्तुति

17/3/24

M.B.B.S. PG
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
डॉक्टर का नाम सह सम्पूर्ण पंजी. नं.

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

सत्यं वरं कर्मण्येवाङ्मनः

आचार्य अरुण शर्मा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासो इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर २

Exemplar

Rich