

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

K/0374/1496

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

18/3/24

NAME OF APPLICANT:
अवेदक का नाम

MAHADEV CHANDRA DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/हस्तमेलन का नामHARAN CHANDRA DAS

PARENTS' RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पत्ताCONCERET ROAD, DAKSHIN KURAKATI, SANDESKHALI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पत्ता11, NORTH 2A PARGANAS TATAGANG WEST BENGAL

— AS ABOVE —

OCCUPATION :
व्यवसायCARPENTERMARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय₹000X12 = ₹4,000(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य सहेजिए)

PAN No. स्वामी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख है? (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें।)Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MAHADEV CHANDRA DAS	63	M	SELF
2.	MAXNARANI DAS	56	F	WIFE
3.	SUBHANIT DAS	32	M	SON
4.	RINKA DAS	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
राश्री रैखा कें नीचे दृश्य पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्घ करें।)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प अरब्ध वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्घ करें।)

Ration Card
(Attach Copy)
इत्यर्थिका कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्घ करें।)

Any Other Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये बिन्दू का उद्देश्य:

Sr.No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्घ

DIAGNOSIS -- CATARACT -- LE

SURGERY -- LE (SIERS + IOL)

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

Sr.No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थान का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD लेई गई सहायता राशी
-----------------------	---	---

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 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एग्री "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त विवरण किसी अन्य छात्र/निर्धन/कर्मियों का कम्पनी में 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 its 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 its 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एग्री न्यासी, दान, वाचना/पत्र दूरसे उपदेश से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण जो इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लिया अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एग्री उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Mahadev Chandra Das***AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी को इलाज चुनना और उसे जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संशुद्धि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/3/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम-पद व हस्ताक्षर/निर्देशित अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1*Safaryal*SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2*lic 28*