

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0424/0090
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 19.04.24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RAM BILASH BALMIKI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 63
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DURJAN LAL BALMIKI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KHALDIRDORE, 700023, NEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: SMALL SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (आपका PAN 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

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सापेक्ष सम्बन्ध
1.	RAM BILASH BALMIKI	63	M	SELF
2.	MINA DEVI BALMIKI	52	F	WIFE
3.	SANJESH BALMIKI	32	M	SON
4.	MANJESH BALMIKI	30	M	SON
5.	LADLI DEVI	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सीपी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एलएन सीपी 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 किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
 - 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.
 - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर असत्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता की और न ही क्षतिपूर्ति के लिए दावा नहीं किया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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.
 - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् पत्रिका, दूर, दूरदर्शन वृत्त आदि माध्यमों से मुझे परिचित करने के लिए प्रयोग करें। इस प्रारूप में मेरी फोटो और विवरण का प्रयोग कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी फोटो और विवरण का प्रयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रारूप में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

R. Biedon

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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:
- 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.
 - 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 यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता या क्षतिपूर्ति नहीं कर रहे हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता या क्षतिपूर्ति के लिए दावा किया जाएगा, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिए हमें प्रस्तावित है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता या क्षतिपूर्ति नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता या क्षतिपूर्ति को अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता या क्षतिपूर्ति के लिए कोई भी भूमिका नहीं होगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच की व्यवस्था है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>19/04/24</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---