

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : 4/0424/0105 APPLICATION DATE : 22.04.24
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHIBANI BARIK AGE-YEARS 42 SEX F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOBINDA BARIK
 पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS PARAJACHHA, HOOGHLY
712708, WEST BENGAL
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (निवृत्त) / UNMARRIED (अनिवृत्त)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 X 12 = 36,000/- (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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 क्या सम्बन्ध
1.	<u>SHIBANI BARIK</u>	<u>42</u>	<u>F</u>	<u>SLEP</u>
2.	<u>SAYAN BARIK</u>	<u>19</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किने गये विनिर का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>DIAGNOSTIC - CATARACT - RE</u>
	<u>SURGERY - RE (SICS+IOL)</u>

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा बयान पत्र:

- 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 बयान करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन सत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से लेना चाहता हूँ, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही करूँगा, जो इस प्रपत्र में बयान किया है।
 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस रकम का वापस या पूरा वापस किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही अधिक से ले सकूँगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका" एवं भ्रातृवर्ग, पत्र, बयान/चित्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी पहचानियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त या प्रपत्र को फलतः या बाद में बदले के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन या इसके भ्रातृवर्ग को अधिकृत है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

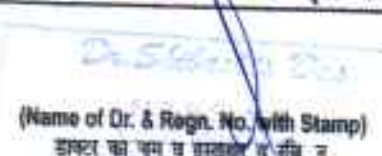

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हस्ताक्षर

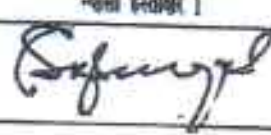
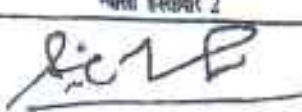
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमने उपरोक्त, हस्ताक्षर की संज्ञा से मान्यतापूर्वक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेंगे/प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्राप्त उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी/रोगी हेतु न मिले, तो हमें कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत हमारा मत है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपाय ही वह सहायता का मुख्य उद्देश्य है। कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी सहायता देने का अधिकार नहीं है। कोशिका फाउन्डेशन से लेनी गई सहायता के अन्तर्गत रोगी का इलाज/उपाय ही वह सहायता का मुख्य उद्देश्य है। कोशिका फाउन्डेशन से लेनी गई सहायता के अन्तर्गत रोगी का इलाज/उपाय ही वह सहायता का मुख्य उद्देश्य है। कोशिका फाउन्डेशन से लेनी गई सहायता के अन्तर्गत रोगी का इलाज/उपाय ही वह सहायता का मुख्य उद्देश्य है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>20/11/24</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज/उपाय का उद्देश्य	 OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR DAS
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--