

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)



APPLICATION No.: K/0924/0108 APPLICATION DATE: 22.04.24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ANIL GHOSH AGE-YEARS: 68 SEX: M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE MOHAN CHANDRA GHOSH
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAMPUR NORTH 24 PARGANAS 743329
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: SMALL SHOP MARRIED (Niyogit) / UNMARRIED (Aniyogit)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 3500 x 12 = 42000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
यदि आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 संबंध
1.	ANIL GHOSH	68	M	SELF
2.	SARASWATI GHOSH	84	F	WIFE
3.	ARUP GHOSH	44	M	SON
4.	SOMA GHOSH	40	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विन्यति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE - (CICS+2OL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कौन सी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबतियाँ एवं कथन प्रमाण प्राप्त होते हैं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "उद्देश्य" के तहत माँगी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का जमा/पुनर्प्राप्ति या अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से 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 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य से सुदूर परिचरित और प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के बिना या मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं सुदूर तक: सहायता या इच्छा नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की तैयारी से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से सहायता या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों के लिये या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/विनियमन हेतु मनाज नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इसी तरह उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या फिर गैर-वित्तीय/प्रक्रिया का चुनाव हमें एवं हस्पताल को ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज/चिकित्सा और अन्य कामों को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को जारी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>22/4/24</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i> M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No., with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTIM ANSARI DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/उपनाम/अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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