

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0424/0113**  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **29.04.24**  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **PANCHU DEY**  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS **63** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JOGINDRA DEY**  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **राजमन आवासीय पता**  
**RAJINDRA PALLY WESTPORE RAJARHAT**  
**GOPAL PURA PRADEWATAN NORTH 24 PARGANA**  
**700101 WESTBENGAL**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्वास्थ्य आवासीय पता**  
**- AS ABOVE -**



OCCUPATION: **GARMENT'S SHOP**  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **7000 X 12 = 84,000**  
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता 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  
 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 के साथ सम्बन्ध
1.	PANCHU DEY	23	M	SELF
2.	LAXMI DEY	58	F	WIFE
3.	PRASENJIT DEY	38	M	SON
4.	PANKAJ DEY	35	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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
	<b>DIAGNOSIS - CHAIRPAT 7-LE</b>
	<b>SURGERY - LE - (SICS+TOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन दान प्रारंभ 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 धीरे-धीरे बता रहा हूँ कि इस प्रारंभ में मैंने अपने ज्ञान के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई भी गलत कथन/कथन सच बता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यकीनपूर्वक रूप से यह स्वीकार करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त की, यदि सहायता मुझे प्राप्त होती है, तो केवल उसी उद्देश्य के लिए ही, जो इस प्रारंभ में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यकीनपूर्वक रूप से यह स्वीकार करता हूँ कि मैंने भविष्य में और भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से पैसे नहीं लिए हैं 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 & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारंभ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और कोई भी विवरण इस प्रारंभ में प्रेषित है, इसे "कोशिका" द्वारा, छाप, चित्रण, प्रकाशित करने के लिए अन्य माध्यमों से प्रेषित किया जा सकता है, जिसमें वार्ता, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, जो कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/सफलताओं के लिए जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं। इस प्रारंभ पर हस्ताक्षर करने से कोशिका फाउंडेशन को मेरी छवि और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतंत्र सहायता या इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये गए निर्णय अंतिम और स्वीकार्य हैं।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Dr. Subhash Das*

**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 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.


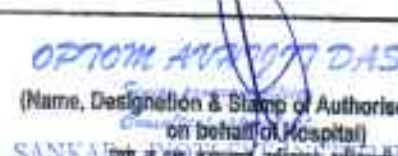
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाएगी, जो हमें या रोगी को है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हस्पताल को इस सहायता को पूरा करने में सक्षम होना चाहिए। इस पुष्टि के अभाव में हस्पताल को सहायता प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अभाव में हस्पताल को सहायता प्राप्त होने का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और मान्य करने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

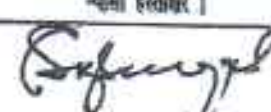
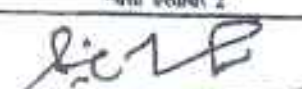
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/11/2024	 Dr. Subhash Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद में हॉस्पिटल	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR HOSPITAL
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 तृतीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 तृतीय हस्ताक्षर 2 
--	---