

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0424/0124**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **24.04.24**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **GITA SAHA**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **61**
 SEX लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **PARIMAL SAHA**
 पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का

**PATNA SCHOOL ROAD NORTH DUM DUM
 NIMTA NORTH 24 PARAGANAS 700049
 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान का

AS ABOVE



OCCUPATION: **NURSE**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **9000 x 12 = 1,08,000**
 वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. **स्थायी राजस्व संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उस पर खरीकें या निरूपण करें)

Yes / हाँ / No / 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 संबंध
1.	GITA SAHA	61	F	SELF
2.	PARIMAL SAHA	64	M	HUSBAND
3.	PRADIP SAHA	43	M	SON
4.	ROMA SAHA	45	F	DAUGHTER
5.	POIMA SAHA	38	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही रिकॉर्ड 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 किसी और आधार
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे करने की आवश्यकता है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपत्र के साथ जो भी प्रमाणित सूची संलग्न
	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE
	SURGERY - RE

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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: (अर्पणकर्ता द्वारा)

- 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 यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत, यदि मुझे सहाय्य मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने उद्देश्य के लिए, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहाय्य प्राप्त करने के लिए नहीं आवेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा)

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत "सहाय्य" प्राप्त करने के लिए मुझे सहाय्य मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 2) मैं (अर्पणकर्ता) आगे से यह सुनिश्चित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहाय्य के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा। इस फॉर्म पर सहाय्य के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार केवल ही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा)

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.

हमसे अग्रिम, हस्ताक्षर के अंतर्गत से सहाय्य प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" के अंतर्गत सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सहाय्य या अग्रिम करते हैं।
 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने के लिए नहीं आवेगा। यदि सहाय्य प्राप्त करने के लिए सहाय्य नहीं मिलती है, तो हमें सहाय्य प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म पर सहाय्य के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार केवल ही होगा।
 2) "उद्देश्य" के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार केवल ही होगा।

"उद्देश्य" के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार केवल ही होगा।
 2) "उद्देश्य" के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार केवल ही होगा।
 3) "उद्देश्य" के अंतर्गत से मुझे सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार केवल ही होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

24/4/24

Dr. Shubhish Das
Director
M.B.B.S (Gold Medalist)
MBBS (Gold Medalist)

OPTIM ASSISTANT DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANJAY K. P. HOSPITAL, KOSHIKA

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]