

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0523/0114
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 01/05/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : ABANTI MAITI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIREN MAITI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KACHHARI PARA, DWARER JANGLE, NORTH 24

PARGANAS, 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :
व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

Rs. 4600 x 12 = 48000/-

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

PAN No. स्थाई 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 चिह्न 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 के साथ सम्बंध
1.	ABANTI MAITI	63	M	SELF
2.	KALABATI MAITI	58	F	WIFE
3.	RANJIT MAITI	34	M	SON
4.	NIJAHUMITA MAITI	30	F	DAUGHTER
5.	SANJITA MAITI	25	F	DAUGHTER
6.	ANITA MAITI	22	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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 ली गई सहायता राशि



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 Kishikig 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापिता नितान्त को न भूलेंगे।
- 2) मेरी द्वारा की महापिता यश "कौस्तुभ काष्ठानुष्ठान" में की जा रही है। इसका सम्पूर्ण उद्देश्य श्री कृष्ण की प्रति की प्रति किया जायेगा जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं प्रति करता हूँ कि जिस महापिता इस एक प्रश्न को तो मैं इस प्रति को अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य संग्रहित/प्रदर्शित/प्रदर्शित करने में न हो सके। और न ही अधिक में हो।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/distribute/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.

- 2.1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम एवं, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" डबलू न्यायो, राय, वाचनायवा द्वारा उद्देश्य से कुटी गतिविधियों और उपनिष्ठाओं के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका क चलने का बन्द में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में न्यायो अधिकृत है।
- 2.2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम एवं फ़ोटो और विवरण जो कि प्रकाशना के उद्देश्यों से प्रकाशित है पुरे जगत्, प्रकाशना का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एकाय डबलू न्यायोर्थ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अखंडता की सम्पत्ति या अग्रते का विधान

ଅବସ୍ଥାପନା

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 अधिकार, हमेशा की ओर से व्यवस्थापिका को "कोशिका व्यवस्थापिका" से विनिर्दिष्ट व्यवस्थापिका को जारी है, जिसे हम (व्यवस्थापिका) विनिर्दिष्ट प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व हो सम्मान और व हो भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य ब्यक्ति से प्राप्त होगी/सम्मान में सेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिद्धांत/विमर्श प्राप्त कर सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विमर्श अधिक/सम्मान हेतु समझा नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इन परिधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय मदद प्राप्त होगी/सम्मान हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी यह सहायता अन्तः विविध प्रकृति की है। होगी या हासिलता द्वारा ही यह सहायता या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य/दोनों एवं हासिलता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्मान में सेने को अन्तः सुरक्षा और अपने जाने की सभी प्रक्रियाओं होगी एवं हासिलता की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्मान में नहीं होगी।

सभीकृती के लिए संम्युति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/05/2023	Dr. Shibashis Das M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रार नं. लिखें, व	OPTOM ANANTA DAS Senior Manager, Officer Senior Manager, Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR NIGRAH INSTITUTE
--	---	--

अन्तराष्ट्रिय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
	