

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: W/0523/0144 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 08/05/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: ASHOK PAL AGE-YEARS आयु-वर्ष: 54 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-कटुला का नाम: AMIYA PAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MENA SAMUDRAPUR, NORTH 24 PARGANAS,

743272, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No हा / 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 का साथ सम्बन्ध
1.	ASHOK PAL	54	M	SELF
2.	AMIYA PAL	45	F	WIFE
3.	ANIMESH PAL	18	M	SON
4.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति 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 किसे गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIER+IOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, इसका इस्तेमाल उम्मीद के मुद्दे के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में धरा गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वही राशि नहीं लेने की इच्छा की है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfilment 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.
- इस करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस करार में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विडियो/फोटो और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इस प्रकार के इस्तेमाल के पहलू पर बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जवाबी अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं जुड़े सहायता का इस्तेमाल नहीं करूंगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Ashok Paul

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:
- 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;
 - 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.
- इसमें अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उस संरक्षण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन में नहीं लेता/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, विवरण प्रकृति को है; रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का विवरण उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य खर्च को सही सिफारिशें रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S., M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम के हस्ताक्षर के साथ न.</p>	<p><i>OPTIOME ANANTA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANJAY EYE INSTITUTE</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safar</i></p>	<p><i>Safar</i></p>