

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

K/0523/0147

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

08/05/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

PUSPARANI DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

66

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

ANUKUL CHANDRA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

15/L, SACHIN MITRA LANE, BAGHIBAZAR, KOLKATA - 700003,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- AB ABOVE -



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाए):

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 संबंध
1.	PUSPARANI DAS	66	F	SELF
2.	ANUKUL CH DAS	63	M	HUSBAND
3.	MRIDUL DAS	44	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनति लाने विनती 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 (SIC5+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्थरक द्वारा कीयता करे)

- 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 बताना करत हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कदम झूठ्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का दावा करती हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में धारा किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना करत हूँ कि मैंने भविष्य में इस राशि का भुगतान या वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न कर लिया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थरक द्वारा करत)

- 1) 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/produce 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.
 - 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 (अर्थरक) अपनी सहायता के लिए करत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दीये हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचना/या दूसरे स्रोतों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी फॉर्म का लिखित भी हस्ताक्षर को करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए करत हैं, स्वतंत्रता से प्रभावित हैं, मुझे सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स/ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अविरोधनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थरक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमने यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाए गयी/पावने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किये उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करत हूँ कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो हमसकल किसी अन्य स्रोत के सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस संधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परत उक्त गैरी/पावने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई उपचार का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य कार्यों को सही दिशा/पैठारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibankis Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व संख्या के साथ</p>	<p><i>OPTOM ANKUSH DAS</i></p> <p>Senior & Admin officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)</p> <p>SANKARA JOURNAL OF HOSPITALITY</p> <p>मेरा व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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