

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0523/0150**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **08/05/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **NAMITA DAS**      AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **62**      SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुस्थ का नाम: **DIPAK DAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता:  
**JAYPUK, GOP MAHAL, MADHYAPARA, GHORAKOSKI, INGRAM, BASIKHAT, NORTH 24 PARAGANAS, 743428, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास का पता:  
**As ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE**      MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **NIL**      (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / नयाई खाता संख्या: \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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.	<b>NAMITA DAS</b>	<b>62</b>	<b>F</b>	<b>SELF HUSBAND SON</b>
2.	<b>DIPAK DAS</b>	<b>68</b>	<b>M</b>	
3.	<b>RAKESH DAS</b>	<b>40</b>	<b>M</b>	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये 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 क्या विनती का उद्देश्य:

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

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 लिये गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (अवेद्यक 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 प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले जाने वाले हैं, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रार्थना को या न, उपरोक्त या अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेद्यक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेद्यक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, सहायता-युक्त उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- मैं (अवेद्यक) इस प्रारूप में स्वीकार हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अवेद्यक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से समझौते वाली को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सफल हेतु उपलब्ध नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या लेनेवाला अलग वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कानों सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> MBBS MS (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, नं. और तारीख के साथ मुहर</p>	<p><i>OPTOM ANURAG DAS</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory of Hospital) ऑप्टोमेट्रिशियन का नाम, पद और मुहर SANKARAYOGI EYE HOSPITAL</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरीक उपयोग हेतु)**

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