

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0523/0152		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 08/05/23		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: CHINMAY GHOSH		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 61	SEX / लिंग: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: MRINAL GHOSH				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: JAYPUR C. OP MAHAL, MADHYAPARA, GHOKAKASKULINGRAM, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743342, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -				
OCCUPATION / व्यवसाय: FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS. 9000 x 12 = 48000/-		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत 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 / हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
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.	CHINMAY GHOSH	61	M	SELF
2.	MANJITA GHOSH	54	F	WIFE
3.	KRIBERTI GHOSH	32	F	DAUGHTER
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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मदद मिलनी का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया 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 किसे अन्य स्रोतों से मिल चुकी है?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए 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।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णतः ही निरर्थक किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विद्यमान सहायता हेतु वह प्रत्येक को प्राप्त है, उसे प्रति का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न वा लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में धरित है, इसे "कॉशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनाय्य दूरदर्शन या जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रथा सामान्य से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण को इतना ही महत्व से धार में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" के न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से धरित है मुझे स्वतः, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



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:

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामलों/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/पान्तले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उसका सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अस्वीकार/पकलत हेतु मान्यता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत पर सहायता लेना या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त होती/पान्तले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेती गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गयी सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जारी करने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कॉशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/23</p>	<p><i>Dr. Shikshak Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न.</p>	<p><i>OPTIM ADVITI DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले अधिकारी</p> <p>SANKARA MUMTAJ EYE INSTITUTE</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--