

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0523/0154** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **09/05/2023**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **NETYABALA KAHAR** AGE-YEARS: आयु-वर्ष: **75** SEX: लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **TAPAS KAHAR.**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **JAYPUR GOPMAHAL MADHYAPARA, GHORAKAS, KULINGRAM BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743028, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **- AS ABOVE -**



OCCUPATION: व्यवसाय: **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

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

PAN No. स्थायी कलत्र 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: 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 सम्बंध
1.	NETYABALA KAHAR	75	F	SELF
2.	NIKHIL KAHAR	57	M	SON
3.	NAMONT KAHAR	42	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही रीखा 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये किन्तों 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 (SIMS + IOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा)

- 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 गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहने उचित नहीं माना जाता है तो सही सहायता मिलने की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के रूप में मुझे प्राप्त की जाने वाली राशि का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं प्रार्थना को नहीं करूँगा, जो इस राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यूज, पत्र, पत्रिका या दूसरे उद्देश्य से दूरदर्शन, रेडियो, अखबारों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाके के पहले के चार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायो अधिकृत है।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए, सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टी-नियुक्तों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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:
- 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.
- इससे अधिकृत, हमारा/हमारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान न करने से स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठनीय संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनयित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनयित अंशिक/सम्पूर्ण हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा/हमारी किसी अन्य को संस्था/संस्था के किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा/द्वारा उक्त सहायता हेतु किसी और संस्था/संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं सहायता लेंगे।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से न तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी/मेरे हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा 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 को प्रत्येक सुरक्षा और अपने जाने को सही विनिर्देशों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि 09/05/23</p>	<p><i>Dr. Shikshita Das</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ मुद्रा</p>	<p><i>OPTOM ANIRUDDH DAS</i> Senior Physiotherapist (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR CURE INSTITUTE नाम व पद सम्पादन अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर)</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर)</p>
	