

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building trust of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0523/0161 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09/05/23

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SAMIR DALUI AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 63 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम: SAMAR DALUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

G/17 DUMDUM ROAD, COSSIPUR, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई 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)

PAN No. / स्थाई छला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)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 सम्बन्ध
1.	SAMIR DALUI	63	M	SELF
2.	RABIYA DALUI	53	F	WIFE
3.	RAKESH DALUI	25	M	SON
4.	PRAKASH DALUI	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये बिलि आधात

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किये गये बिलि 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 (SICS + 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 की गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदाता द्वारा घोषणा एवं):

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बचपन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापत्रक विफल की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो महापत्रक एवम् "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि विद्यमान महापत्रक एवं बचपन को मैंने न ही भविष्य में कभी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न वा लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदाता 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 का अर्थ है महापत्रक वा अर्शदाता को प्राप्त कराया जाये, मैं (अर्शदाता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस करार में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, चिकित्सा दूर्गम इत्यादि से दूर्गी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे करार का विवरण को इतना ही रहने के बाद मैं अपने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो लिये करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शदाता) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्रक के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्ण अर्थ, महापत्रक वा इच्छता नहीं बनाए। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टी न्यायो का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदाता को इच्छता वा 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:

- 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, इच्छताधी को और में महापत्रक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय महापत्रक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त उद्धार में सत्य व स्वीकार करते हैं।

- वह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महापत्रक किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/महापत्रक में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापत्रक वित्तीय सारकारी/संस्थान हेतु सचुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में महापत्रक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/महापत्रक हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महापत्रक बचपन वित्तीय प्रकृति को ही होगी, या हस्पताल द्वारा ली गई महापत्रक वा बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इच्छता सुरक्ष और जहाँ जहाँ की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>09/05/23</p>	<p><i>Dr. Shikshak Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>OPTOM. ANAND DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKAR ANAND EYE INSTITUTE</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

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