

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(व्याज्यय देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No आवेदन संख्या		K/0523/0203		APPLICATION DATE आवेदन तिथि		24/05/23	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम				AGE-YEARS वय-वर्ष		SEX लिंग	
HARANI RAY				60		F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम							
ADHIR RAY							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासोप पता							
JELIAKHALI, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743329, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासोप पता							
AS ABOVE							
OCCUPATION व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
HOME MAKER							
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
NIL							
PAN No. स्थायी छता 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 लगायें)							
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.	HARANI RAY	60	F	SELF			
2.	RISHIKUMAR RAY	38	M	SON			
3.	NABAKUMAR RAY	35	M	SON			
4.	TARALA RAY	31	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति अधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये 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 (SICR + POL)						
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 कौी गये सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT (अर्थरक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहने आसन्न सच्य जल है तो सही सहायता मिलना को न सक्ती है।
- 2) मैं ठोका जो सहायता एतल "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्नी उद्देश्य को पूर्णि के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि तिम सहायता हेतु या उपलब्ध को नही है, उस एतल का अधिकतम या सक्ती तिमस किन्नी अन्य स्रोत/एम्प्लोयर/इन्सुरन्स कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थरक द्वारा करार)

- 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/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 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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी को छाप लगाकर, मैं (अर्थरक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टीयों, धार, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किन्नी भी प्रस्ताव सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थरक) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्ध में घोषित हैं पूर्ण स्वतः सहायता को इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थरक को इच्छाकर या अंगुठी का निरूपण



(Handwritten signature in blue ink)

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.
- हमारे अधिकृत, इच्छाकारी को और न समर्थ/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारणा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) तिम प्रकरण में सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किन्नी या सक्ती सहायता या किन्नी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/समस्ये में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्नी अधिकतम/सक्ती हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जात है तो हस्पताल किन्नी अन्य स्रोत सक्ती सहायता या किन्नी अन्य सहायता से सहायता लेने को अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल वित्तीय प्रारंभ उक्त रोगी/समस्ये हेतु किन्नी या सक्ती सहायता या किन्नी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2: "कोशिका फाउन्डेशन" से लेगे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेगे सहायता या किन्नी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्नी प्रकरण का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को इच्छा सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन को तारीख</p> <p>24/05/23</p>	<p><i>Dr. Shekhar Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर के नाम व रेजि. नं. के साथ मुहर</p>	<p><i>OPTIM ANKUR DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTIRAJAN HOSPITAL</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Handwritten signature)</i></p>	<p><i>(Handwritten signature)</i></p>