

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0523/0208 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 24/05/23

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: DURGAMANI MUNDA AGE-YEARS आयु-वर्ष: 82 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुण का नाम: DHAKUR SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: JELLAUKHALI PASTICHIM KHANDA, NORTH 24 PARGANAS, 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय 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)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का दाता हैं (किसी मन्व्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ): 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 सम्बन्ध
1.	DURGAMANI MUNDA	82	F	SELF
2.	FULCHAND SARDAR	87	M	HUSBAND
3.	ABUN SARDAR	60	M	SON
4.	ARABINDU SARDAR	54	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 सपे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/इस्क्रिप्ट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
------------------------	---	---



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक द्वारा घोषणा करें)

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 दिये 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिले, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूर्ण रूप से, इस रोग का उपचार या उपचार विधियाँ किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं भी लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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/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 its 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 प्रकरण या अल्पे इलाज का अंगीकार कर लेने वाले, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एचएनएससी, दार, पत्रचारक द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किया जा सके। इसा माध्यम से प्रसिद्धि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निपटारा मेरे इलाज के खर्च को भरने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं किया जायेगा।

2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं पूर्ण रूप से सहायता का इलाज नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एचएनएससी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शदक के हस्ताक्षर या बाएँ 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:

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, हस्ताक्षर की ओर से मायने/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

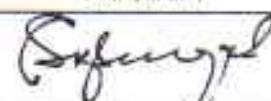
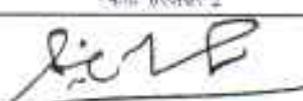
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मायने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकार/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मायने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिले, वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन का तारीख</p> <p>24/05/23</p>	<p>Dr. Shibanis Das M.B.B.S., M.C. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) — डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न.</p>	<p>OPTOM ANANTA DAS Senior signatory officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARADIPAL EYE INSTITUTE नाम व पद हेतु हस्ताक्षर के साथ न.</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> 
---	--