

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: 4/0523/0214 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 28/05/2023

NAME of APPLICANT आवेदन का नाम: PARITOSH SINGH AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: SAHADEB SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता: MALLICK G HARI, NORTH IV PARGANAS, 743456, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास का पता: AS ABOVE



OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS. 4000 x 12 = 48000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. PAN का खाना संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (किसी भी उमर पर सही का निशान लगाएं) Yes / NO हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	PARITOSH SINGH	56	M	SELF
2.	INDISNA SINGH	53	F	WIFE
3.	NANDITA SINGH	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC & 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, जब तक कि आर्थिक या प्रकृतिक कारणों के कारण अंतःनिर्दिष्ट/वैयक्तिक कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आगे के सहयोग को गृहित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें। इन "कोशिका" एजन्सियों, दान, धारण/प्रकाशित करने के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार/प्रचारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इनके विवरण में हस्ताक्षर के बदले में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है पूर्ण स्वतंत्र सहायता को इकाई नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एजन्सियों न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक 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:

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 मासिक/दोसरे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रकाश में मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता की। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संदेह हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्रोत/संस्थान से प्राप्त होती है, तो हमारा कर्मचारी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा कर्मचारी पूर्ण रूप से उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रकृतिक/वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गृहित सहायता या निरस्त रूप में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसी प्रकार हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और अपने करने को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/23</p>	<p><i>Dr. Shiksha Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व संख्या के साथ मुद्रा</p>	<p><i>OPTIM AVANTI DAS</i></p> <p>Senior program officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)</p> <p><i>SANKARA JYOTI HOSPITAL</i></p> <p>नाम व परामर्शदाता/अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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