

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No / आवेदन संख्या: **K/0523/0220** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **29/05/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ASHOK DAS** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **72** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुप का नाम: **SHANTI RANJAN DAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:  
**ASHOKENAGAR, 8 NO SADABARI, NORTH 24  
PARAGANAR, 743292, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

**— AS ABOVE —**

OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEMPLOYED**

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 (को मान्य हो उस पर सही को चिह्नित लवायें):

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.	ASHOK DAS	72	M	SELF
2.	GOURI DAS	67	F	WIFE
3.	TAPAS DAS	45	M	SON
4.	SUNIT DAS	41	M	SON
5.	PRADIP DAS	37	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र को छत्रा 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 - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

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

**DECLARATION by APPLICANT (अर्क्षक 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसे पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक 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/pul-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 की छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपुत्रों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपुत्रों, दान, धारणा/पुस्तकें, प्रदर्शन में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण को प्रकाशित करने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोपुत्रों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग में आयेगा, सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायोपुत्रों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्क्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*अर्क्षक का हस्ताक्षर*

**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.

इससे अधिकृत, हमारा/हमारी को और से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोग सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अर्क्षक वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह मदद या बिना रोगी/रोगिणी का भुगतान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अन्य खर्च को सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल को उठानी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का दायित्व/उत्तरदायित्व इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि</p> <p>29/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम के साथ मुहर के साथ लिखें</p>	<p><i>OPTIOM ANVANTI DAS</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) SANKAR HOSPITAL कोशिका फाउन्डेशन</p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यायोपुत्र 1</p>	<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यायोपुत्र 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>