

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0523/0221

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि 29/05/23

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम DEBDAS TARAFDAR

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

65

SEX / लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/कन्या का नाम MOHAN TARAFDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

CHANDNAGAR PASCHIM PARA, SHRINAGAR,  
MATIA, BASIQHAT NORTH 24 PARGANAS 743428, 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. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes /  /  
हाँ / जी

## 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.	DEBDAS TARAFDAR	65	M	SELF
2.	ANJALI TARAFDAR	33	F	DAUGHTER
3.	AMAL TARAFDAR	28	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किए गये विवरण 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 + TOR)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा 1 में है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु जो राशि मिले, उस राशि का अधिकतम या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाएगी और न ही भविष्य में ली जाएगी।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टियों, इन, कर्मचारियों द्वारा इच्छित में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किया भी प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रारूप का विवरण को इच्छित के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के त्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता; इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्रस्टियों के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या 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:
- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से न्याय/गोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" में 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 सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनोद उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अतिरिक्त/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल डिग्रीय न्यून उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता का चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इच्छित सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को 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 का तिथि</p> <p>29/05/2023</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नं. के साथ मुहर</p>	<p><i>OPTIOM ANURATI DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKAR ANURATI DAS</p> <p>होस्पताल के प्रतिनिधि अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

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

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