

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0523/0236** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **30/05/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **BANDHYA HAJRA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **51** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्भ का नाम: **PANCHANAN BHANJA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **RAYNAGAR, ALADORA, PURBA MEDINIPUR, 721635, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई 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. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं। (जो लागू हो उस पर चिह्न का चिह्न लगाएं): Yes / No /

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.	SANDEHYA HAJRA	51	F	SELF
2.	TARAPADA HAJRA	55	M	HUSBAND
3.	PRATIMA HAJRA	27	F	DAUGHTER
4.	PURNIMA HAJRA	24	F	DAUGHTER
5.	SUSHANTA HAJRA	20	M	SON
6.	PRASANTA HAJRA	17	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 मंगे किसी 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 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 (अवेरक द्वारा घोषणा एवं)

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो यही महाफल विधि को वा सकता है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी महाफल हेतु या प्रत्येक को नहीं, उस रकम का नुकसान या सफल किया अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करता)

- 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.
 - 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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में धारित है, उसे "कोशिका" एम्बुल्स, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रारूप का विवरण को प्रत्येक के महत्व या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
 2) मैं (अवेरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाफल या उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः महाफल का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुल्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

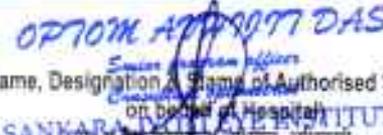
अवेरक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

- 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:
- 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.
 - 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 of responsibility in the matter.
- हमारा अधिकृत हस्ताक्षर को यहाँ से मामला/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महाफल हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश में मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महाफल किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय प्रकाश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महाफल वित्तीय अतिरिक्त-सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य से सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से महाफल लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता विशेष रूप से उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी महाफल प्रकाश वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का प्रत्येक सुझाव और अपने कानों को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपराधन की तिथि 30/05/23	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or Doctor of Hospital) नाम, पद, हस्ताक्षर और अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामी हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामी हस्ताक्षर 2)
