

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0523/0239 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 31/05/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: KRISHNA LAL DAS AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम: NEBARAN CHANDRA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: MALANCHA TAKI ROAD, KAJI PARA BARASAT, NORTH 24 PARGANAS, HOOGLY, 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 (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हा / 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.	KRISHNA LAL DAS	67	M	SELF
2.	SINDEHURANI DAS	66	F	WIFE
3.	SUBHDEV DAS	38	M	SON
4.	BABHI DAS	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये विवृति 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए विवरण का उद्देश्य:

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

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 प्रश्न में दिए 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 इस आ सहायता यंत्रि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्नी उद्देश्य को पूर्णि के लिये किया जावुगा, जे इस प्रश्न में धरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विल सहायता हेतु मेरा प्रयत्न को नही है, उम यंत्रि का अधिका या उकाल शिपस किसी अन्य स्रोत/एम्प्लोयर/इन्सुरन्स कम्पनी से न ली गिया है और न ही भविष्य में लुगा।

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 its Trustees to use/publish/pu-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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में धीरिका है, इसे "कोशिका" एवम् त्रामी, धाव, पावचरवा दुता इतरेय से दुता गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रता माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इसका के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे प्राप्त सहायता का हकदार नही बनता। इन सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् इसके त्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और माध्यमता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का चिह्न।

Krishna Lal Das

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.

इन्हां अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रयत्न/रीगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विल उकाल से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उकाल ली जावुगा, जे उकाल सहायता को ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोति उकाल के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा लयन हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिका/सकाल हेतु मन्जूर नही किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करार जाता है कि हस्पताल वित्तिय उकाल उकाल ली जावुगा हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नही लेवा लगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जावुगा सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रीगी का हस्पताल द्वारा ली जावुगा सहायता का चिन्ने लये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रीगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रीगी का इलाज सुरक्षित और उन्नी कार्य को सही निम्नितो रीगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन का तारीख</p> <p>31/05/23</p>	<p style="text-align: center;"><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p style="text-align: center;">M.B.B.S. M.S.</p> <p style="text-align: center;">(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)</p> <p style="text-align: center;">डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ चिह्न</p>	<p style="text-align: center;"><i>OPTOM ANANTA DAS</i></p> <p style="text-align: center;">(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p style="text-align: center;">SANKAR EYE HOSPITAL & INSTITUTE</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रामी हस्ताक्षर 1</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रामी हस्ताक्षर 2</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p>
--	--