

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0523/0240
आवेदन संख्याAPPLICATION DATE : 31.05.23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : RUMA DHAR
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु वर्ष : 54
SEX लिंग : FFATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRADEEP DHAR
पिता/कटुपति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासोप पता

WARD NO. 1, TAKI ROAD, MADHYA KALIKAPUR,
BAKASAT, NORTH 24 PARGANAS, 700124,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासोप पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. नयाई 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 निशान लगायें)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	RUMA DHAR	54	F	SELF
2	PRADEEP DHAR	60	M	HUSBAND
3	TRIPTI DHAR	32	F	DAUGHTER
4	SOUVIK DHAR	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 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 किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महात्मा विधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ जो महात्मा घोषित "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि विधि महात्मा हेतु मैं कहीं से भी नही, उन विधि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- By affixing my signature or thumbimpression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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.
 - 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/या दूसरा उद्देश्य से कुछ भी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महात्मा के उद्देश्यों के प्रदर्शित हेतु मुझे स्वतः महात्मा का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Subash Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 or responsibility in the matter.

- हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से आवेदन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में विधि महात्मा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- वह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में विधि महात्मा किसी भी सहायता माध्यम या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि/उत्तर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महात्मा विधि अधिकतम/सफल हेतु मान्यता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य भी सहायता माध्यम या किसी अन्य माध्यम से महात्मा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता माध्यम या किसी अन्य माध्यम में नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली महात्मा केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने वाली मदद या विधि गैर-उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विधि है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और लेने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>31/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Rego. No. with Stamp)</p> <p>डाक्टर का नाम & रजिस्ट्रेशन नं.</p>	<p><i>OPTOM ANUSHRI DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or behalf of Hospital)</p> <p>SANKAR HOSPITAL</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाखर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाखर 2</p>
<p><i>Subash Das</i></p>	<p><i>Subash Das</i></p>