

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building tools of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0523/0242		APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 31.05.2023		
NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: Ka RINA KAR		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 64	SEX / लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवधु का नाम: DINESH SARKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: SRIKRISHNA PUR ROAD, KATIPARA, BARASAT-1 NORTH 24 PARGANAS, 700124, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: — AS ABOVE —				
OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
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 का एक है (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
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.	RINA KAR	64	F	SELF
2.	BIPLAB KAR	68	M	HUSBAND
3.	PRASANTA KAR	40	M	SON
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) / अन्य 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 विषय एवं विवृति 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 लिये गया हो?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT (अवेदक द्वारा घोषणा पत्र):

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 इन प्रश्नों में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को खत्म कर दी जाएगी।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के बाद, इस राशि का अंशिक या संपूर्ण विनिर्मुक्तता अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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/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.

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 या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (अवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, उसे "कोशिका" एम्बुल्स, दान, वाचनालय, दूरदर्शन में लंबी-दूरदर्शन और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसारण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न के विवरण से इनके बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित हैं, मुझे स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं बनाते। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुल्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 अवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न

Rina Kar

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, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगे में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्मुक्तता प्राप्त की है/मांगे में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्मुक्तता अंशिक/संपूर्ण हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/मांगे में लेंगे/ले रहे हैं।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और अन्य करने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/05/23	<i>Dr. Shikhar Das</i> (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	<i>OPTIM KARAN DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुद्रा
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 [नामों द्वारा]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 [नामों द्वारा]
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>