

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाप्राल)



APPLICATION No.: K/0524/0129
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 01/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: REKHA ROY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 66
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SWAPAN ROY
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 281 NEW COLONY, PANIHATI (M) NORTH
2A PARAGANAS HOUSING WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000x12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बन्ध
1.	REKHA ROY	66	F	SELF
2.	SWAPAN ROY	76	M	HUSBAND
3.	SANAT ROY	29	M	SON
4.	RINA DEY	24	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सहायता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) सहायता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य आधार
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे को किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रातिपत्र से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात्क 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई एवं झूठा बयान प्रकट होता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी जो भी सहाय्य मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में प्रकट किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहाय्य हेतु यह प्रपत्र जोड़ा है, उस राशि का वहन या वापस किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सृष्ट।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात्क द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression 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 its 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 enable 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपने नाम, पता, तस्वीर, फोटो, सम्पर्क सूची आदि के साथ "कोशिका फाउंडेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित कर, समाचार पत्र, अखबार, वेबसाइट, रेडियो, टीवी, फिल्म, इत्यादि के माध्यम से सहाय्य हेतु लोगों को सूचित करेगा और/या कोशिका फाउंडेशन और/या कोशिका फाउंडेशन के कर्मचारियों को मेरे सम्बन्ध में जानकारी देगा। इस प्रकार की जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन के कर्मचारियों को प्रसारित करने के लिये किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहाय्य का प्रदान किया जायेगा इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त कर्मचारियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात्क के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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.

इसमें उल्लिखित, हस्ताक्षर की ओर से आचार्य/उपचार्य को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वयं पर उत्तरदायी होते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के उक्त रोगी/रोगियों के लिये या से नहीं है, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के बिना ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य किसी उचित/अनुचित हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा कर्तव्य और सहाय्य संचालन का किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि सहाय्य वित्तीय प्रकृति का है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहाय्य के लिये हम उत्तरदायी नहीं हैं।
- 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहाय्य वित्तिय प्रकृति की है और हमें या हमारा द्वारा ही यह सहाय्य का निर्णय उपाचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हमारा ही होगा। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई संपर्क नहीं है। इसलिए हमारा ही रोगी के स्वास्थ्य सुधार और रोग रोकने की सभी जिम्मेदारियाँ ही हैं। हमारा और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी संपर्क या जिम्मेदारियाँ इस प्रपत्र में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery उपचार की तारीख</p> <p>01/05/24</p>	<p><i>Dr. S. Sankar Das</i> M.B.B.S.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. सहित मुद्रा</p>	<p><i>OPTOM ANUPAMA DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के लिये अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुद्रा</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात्क उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधीनस्थ 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधीनस्थ 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---