

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: W/OSRA/0143
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05/05/24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PRADIP KUMAR SINGHA
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS 59
 आयु-वर्ष

SEX M
 लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISWANATH SINGHA
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ROYPARA, CHENGAIL, HOWRAH PIN-726108

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: OWN SHOP
 व्यवसाय

MARRIED (नियमित) / UNMARRIED (नियमित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60,000 ₹
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो कान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No
 हाँ / 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 से संबंध
	<u>PRADIP KUMAR SINGHA</u>	<u>59</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
<u>2.</u>	<u>CHAYA SINGHA</u>	<u>49</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
<u>3.</u>	<u>SOURAV SINGHA</u>	<u>27</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
<u>4.</u>	<u>SAYAN SINGHA</u>	<u>23</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1.</u>	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
<u>2.</u>	<u>SURGERY — RE (SICS + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा संकेत करना)

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सत्य बयान 'उद्देश्य' के लिए है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में सत्य बयान है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी और किसी भी सहायता नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
 - 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को मेरी नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत किया जा सकता है, जो दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए मैंने अपनी छवि और विवरण को "उद्देश्य" के पूर्ण रूप से पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत किया है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "उद्देश्य" के पूर्ण रूप से पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत किया है। इस उपयोग के लिए मैंने अपनी छवि और विवरण को "उद्देश्य" के पूर्ण रूप से पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


Pradip K. Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

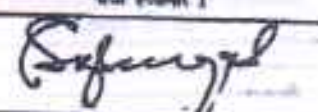
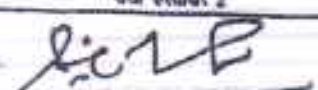
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 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.
 - 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.
- इससे स्वीकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे-हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए सहायता की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं है।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए सहायता की आवश्यकता है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था है और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व इति. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA (on behalf of Hospital) TUTE नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--