

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)



APPLICATION No.: K/052A/015A
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 08/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHOVARANI MALLICK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 84 वर्ष
SEX F लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIRANJAN MALLICK
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान का
20/1, KALIMUDDIN LANE, BEADON STREET,
KOLKATA 700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान
— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 x 12 = 24,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वास्थ्य सेवा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर खींचें का 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 क्या सम्बन्ध
1.	SHOVARANI MALLICK	84	F	SELF
2.	SANDEEVA PAL	52	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एडवर्थन वर्कस कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य आधार/प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हतादाता 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्रस्तुत किया जाए तो उसे भी सत्यता प्रमाण की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रेषित की जा सकती है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड के लिए या न ही सहायता के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हतादाता 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/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 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हतादाता) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्ति' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, दूर, कल्पनाएं द्वारा उद्देश्य से सभी माध्यमों और प्रसिद्धियों के माध्यम से प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रेषण मेरे प्रारूप के जारी या फिर मैं अपने को सिर्फ "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिकृत है।
 2) मैं (अर्हतादाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता या उपचार नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके 'व्यक्ति' का निर्णय अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हतादाता के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणों से हमारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में जाएगी या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रेषित नहीं/असमर्थता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो सहायता प्रेषित अन्य पर सहायता सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना गया है कि सहायता सिफारिश करार उद्देश्य/उद्देश्यों हेतु किसी भी सहायता प्रेषण या प्रेषित अन्य सहायता से नहीं संभव/संभव।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या फंडिंग गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने चर्चे की सही सिफारिशों रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/24</p>	<p><i>Dr. Siba...</i></p> <p>M.D.E.S.M.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTIM...</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory SANKARA J. on behalf of Hospital) UTE नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Suf...</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>S...</i></p>
--	--