

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0157
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 08/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: HENA SAHA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 68
वय-वर्ष

SEX F
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABINDRA NATH SAHA
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS घराना सम्बन्धी पता

SATIN SEN ROAD, AMBIKAPUR, PANIHATI (M)
NAYAGARH, NORTH 29 PARAGANAS 700113
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी सम्बन्धी पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. इसमें खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

Yes / हाँ / No / 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.	HENA SAHA	68	F	SELF
2.	RABINDRANATH SAHA	76	M	HUSBAND
3.	SUNIL SAHA	42	M	SON
4.	MOUSUMI SAHA	39	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतब प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतब प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की कतब प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिखें किने गये निम्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यतः

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरे आवेदन तथा जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग की जायेगी।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले और न ही सहायता ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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/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.
 - 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग करने की अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग करने के लिए, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से दानों को आमंत्रित करने के लिए जानकारी देना और/वाला "कोशिका फाउन्डेशन" के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना शामिल है। मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं बनता है। सहायता देने का निर्णय केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के "ट्रस्टियों" के अधिकार में है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

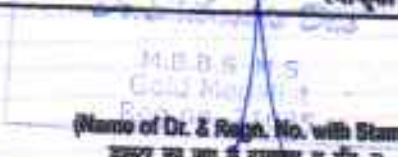

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



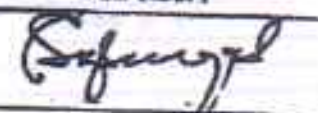
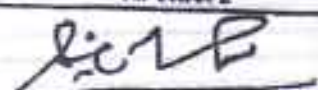
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वारा करण)

- 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 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.
- हस्ताक्षरक द्वारा, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये, हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से स्वीकार और स्वीकृत करते हैं।
 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता ले सकेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्णतः नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त सहायता के अभाव में हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त सहायता के अभाव में हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 3) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के अभाव में हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. अर्जुन दास, ऑप्टोमीटर
------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------