

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0160
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 10/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PULIN BISWAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 74
SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: BINOD BISWAS
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MANIKHIRA COLONY, RAMCHANDRAPUR, NORTH
29 PARKANAS JAGDIP WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: SMALL SHOP
व्यवसाय

MARRIED / UNMARRIED
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

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

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes/No हा/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	PULIN BISWAS	74	M	SELF
2	ARATI BISWAS	68	F	WIFE
3	SIKHA BISWAS	44	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) परिधी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य वर्ग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्नी को निम्नी 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 AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो यह सहायता कती

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक 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 झूठा बयान दूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या अर्शेदक की नहीं है, उस राशि का उद्देश्य या सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "उद्देश्य" को सही ढंग से समझता हूँ और मैंने सहायता हेतु दिये गये नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में सही हैं, उसे "उद्देश्य" हेतु प्रयोग करने, प्रकाशित करने, प्रसारित करने या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करने का अधिकार केशिका फाउंडेशन को देता हूँ।
 2) मैं (अर्शेदक) इससे घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केशिका फाउंडेशन के द्वारा किसी भी उद्देश्य हेतु प्रयोग करने से मेरी सहायता का अर्थ नहीं है।
 3) मैं (अर्शेदक) इससे घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु दिये गये नाम, पता, फोटो और विवरण को केशिका फाउंडेशन के द्वारा किसी भी उद्देश्य हेतु प्रयोग करने से मेरी सहायता का अर्थ नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

- 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.
- हमारे अतिथि, हस्ताक्षर करके और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता हेतु सिफारिश करने या किसी अन्य सहायता से सहायता हेतु दिये गये नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को केशिका फाउंडेशन के द्वारा किसी भी उद्देश्य हेतु प्रयोग करने से मेरी सहायता का अर्थ नहीं है।
 2) "उद्देश्य" के अंतर्गत प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
 3) केशिका फाउंडेशन के द्वारा किसी उद्देश्य हेतु प्रयोग करने से मेरी सहायता का अर्थ नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>10/05/24</p>	<p><i>Dr. Siddhanta Das</i> N.B.B.S.N.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTOM ANKURTI DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR नाम व पद हस्ताक्षर करके सिफारिश</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेदक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम संख्या 1</p> <p><i>Safaryal</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम संख्या 2</p> <p><i>Sankar</i></p>
---	---