

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: **K/0529/0167**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **10/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **MINA RANI SAHA**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **70** वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **LAKSHMAN SAHA**
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **MAHIS POTA, NATAGARH, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, JOOLI'S WEST BENGAL**
स्थायी निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **— 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 प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. **—**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो प्रमाण हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) **Yes / हाँ**

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 संबंध
1.	MINA RANI SAHA	70	F	SELF
2.	LAKSHMAN SAHA	73	M	HUSBAND
3.	HARADHAN SAHA	41	M	SON
4.	OPU SAHA	38	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) यदिनी रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रदान करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रदान करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहायता प्रदान करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने के लिये किसी 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 (STIC + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात्कृत 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन सत्यता प्रमाण प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इससे सहायता यदि "उद्देश्य" प्राप्त करता हूँ, तो मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का पूरा या आंशिक रूप में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात्कृत द्वारा करता)

- 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्कृत) अपनी जानकारी को सही करता हूँ एवं "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" को सही घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में सही हैं, जो "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए, सहायता प्राप्त करने के लिए, मुझे भविष्य में या भविष्य में मेरे उद्देश्य के लिए उपयोग करने के लिए सही हैं। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले सकूँगा।
 2) मैं (अर्थात्कृत) इससे सहायता प्राप्त करने के लिए घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता प्राप्त करने के लिए, सहायता प्राप्त करने के लिए, मुझे भविष्य में या भविष्य में मेरे उद्देश्य के लिए उपयोग करने के लिए सही हैं। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले सकूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात्कृत के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान





AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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:

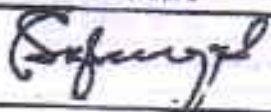
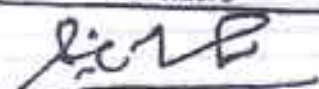
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

इसमें उल्लिखित, हस्ताक्षर की ओर से सहायता प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" को सही घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले सकूँगा।
 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले सकूँगा।
 2) "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" को सही घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले सकूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियोग की तारीख 10/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर व/अनुमोदित अधिकारी का नाम, पद और मुद्रा
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--