

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/OSRA/0168
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUMATI RATNA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 64 वर्ष
SEX F लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NITYANANDA RATNA
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PARTHAPUR RABINDRA PALLY, PANIHATIC (M),
NATABARH, NORTH 24 PARAGANAS JOOLIS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = 72,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. क्या है (आपके पास)?

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर खींचें या निशान लगाएं)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	SUMATI RATNA	64	F	SELF
2.	MONOJ RATNA	35	M	SON
3.	SARAS RATNA	30	M	SON
4.	PARUL ADHIKARI	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदीयों रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	ENS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न कौन-कौनसे कारण देंगे:

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 किसी अन्य स्रोत से ली जा रही 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: (अर्शेक हत घेवतक ततः)

- 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 विवरण सही ज्ञान अनुसार सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषणा किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा कर्मचारी या मेरा नियोक्ता/बिमा कंपनी से या से किसी भी और न ही सहायता के लिए मुझे कोई भी मदद मांगूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक हत करत)

- 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 प्रारूप में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शेक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में जोड़ दूँ, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, दान, समर्थन प्राप्त करने के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरी इस घोषणा के अंतर्गत मेरे नाम का उपयोग मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से अधिकृत है मुझे सहायता का इच्छुक नहीं करता इस घोषणा में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित "कोशिका फाउंडेशन" का निशान और जानकारी देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हत करत)

- 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.
- हमारा अधिकृत, इसकाफर की ओर से समझौते के "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाला धन निवृत्ति की खाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से खर्च कर स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए हमें किसी अन्य सहायता से मदद लेनी चाहिए। यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं मिलती है, तो हमें किसी अन्य सहायता से मदद लेनी चाहिए। इस घोषणा के अंतर्गत हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद लेनी चाहिए।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस घोषणा के अंतर्गत ही किया जाना चाहिए। कोशिका फाउंडेशन को रोगी के इलाज के लिए कोई भी जिम्मेदारी नहीं है। हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद लेनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/05/24	Dr. Sankar Das M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छाकार व रजि. नं.	OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR Das, M.B.B.S. Gold Medalist
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नर्सरी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नर्सरी हस्ताक्षर 2
--	--