

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **W/052A/0173**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **11/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **CHANDANA DAS**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **59**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MANMOTHA DAS**
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MUSHKHALI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS
743446 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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 करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1.	CHANDANA DAS	59	F	SELF
1.	LATE NERANJAN DAS	82	M	HUSBAND
2.	JAYANTI DAS	40	F	DAUGHTER
3.	SHUBINATH DAS	35	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विकल्पों 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 (LICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है या नहीं?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दान करने वाला प्रपत्र जमा करा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी मदद मिलेगी, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मना गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह कहीं से भी नहीं है, उस रकम का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी माध्यम से, जिसमें शब्दिक, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यम शामिल हैं, कोशिका फाउन्डेशन के लिए धन募集 और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्यों के लिए प्रयोग करने से पहले या बाद में मेरी सहायता को प्राप्त करने से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उसके न्यायोधी को निर्णय अधिकार और सहायता देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature: b n / 11/5/24

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोग के लिये सहायता प्राप्त करने से कोई भी बाधा है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने से पहले या बाद में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिले। यदि सहायता नहीं मिलती है, तो हमें किसी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्रित करने पर हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्राप्त करने से पहले या बाद में किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारी ही जिम्मेदारी है। उपचार के लिए हमें सहायता प्राप्त करने से पहले या बाद में किसी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p><i>11/05/24</i></p>	<p><i>Dr. S. S. Das</i> M.B.B.S.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख</p>	<p><i>OPTIMA HOSPITAL DAS</i> Senior Surgeon</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION केवलिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--