

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/052A/0174
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 11/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SABITA DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JIBAN PATRA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
BERMAJUR, NORTH TWENTY FOUR FARGANAS,
743442 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
— AS ABOVE —



OCCUPATION : MAID
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 X 12 = 36,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 संबंध
1.	SABITA DAS	65	F	SELF
2.	LATE BINAY BONDHUPAD	71	M	HUSBAND
3.	RATNA DAS	40	F	DAUGHTER
4.	DESI DAS	36	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती 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 AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा संकेत 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर सत्यता है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी मदद होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य है।
- 3) मैं यहाँ पर सत्यता है कि मैंने भविष्य में या किसी भी अन्य स्रोत/निर्भर/बिमा कंपनी से या से निधि नहीं लेनी है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संकेत है, उसे "कोशिका" एवं 'व्यक्तियों', रूप, वाक्यवाचक द्वारा उद्देश्य से सुझाई गई विधियों से सहायता/निधि के लिये विज्ञापन के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न या विवरण की सहायता के बदले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिये सहायता या इन्टरनेट की सहायता इस संकेत में "कोशिका" एवं 'व्यक्तियों' का विशेष अधिकार और अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.
- हमने यहाँ पर, हस्ताक्षर की और से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या से कोई भी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निधि प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी सहायता संगठन से प्राप्त नहीं की जाय तो हमें या से किसी अन्य स्रोत/निर्भर/बिमा कंपनी से या से निधि लेनी है और न ही भविष्य में लूँगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संगत वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या निधि गये उपाचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को मेरा या निधि है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या सहायता हेतु और मेरे नाम को जारी विवरण/निधि हेतु एवं हस्पताल को जारी और "कोशिका" को कोई भी विवरण या विवरण/निधि इस प्रकार में जारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/05/24</p>	<p>Dr. Sibaash Das H.U.B.S. AS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तराफ व सी. नं.</p>	<p>OPTOM ANURAG DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JAIN on behalf of Hospital जय व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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