

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0188
आवेदन संख्या : K/0524/0188

APPLICATION DATE: 14/05/24
आवेदन तिथि : 14/05/24

NAME of APPLICANT: SHEFALI MAJHI
आवेदक का नाम : SHEFALI MAJHI

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 51

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE DOLAN MAJHI
पिता/कन्यका का नाम : LATE DOLAN MAJHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान ठेकासौंप पता
19A SHIB SANKAR MULLICK LANE
SHYAMPUR POLICE STATION KOLKATA-700004
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवाससौंप पता
- AS ABOVE -



OCCUPATION: SMALL SHOP
व्यवसाय : SMALL SHOP

MARKED (निवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 8000 x 12 = 96000
कुल वार्षिक आय : 8000 x 12 = 96000

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हाँ / नहीं

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.	SHEFALI MAJHI	51	F	SELF
2.	GANESH MAJHI	60	M	HUSBAND
3.	RANJIT MAJHI	37	M	SON
4.	PROSENJEET MAJHI	35	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE - (SICS + 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 कौी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर फेरकन करः)

- 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कतलर हूँ कि इस फॉरम में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत करने पर भी वे सही प्रमाण प्रदान की जा सकती हैं।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण को पूरा करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉरम में बतलर है।
- 3) मैं यहाँ पर कतलर हूँ कि मैं भविष्य में कतलर ही नहीं हूँ, उक्त मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियुक्ति/बीमा कम्पनी से न तो किया है और न ही किया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यर करः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को सौंपित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस फॉरम में सौंपित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, कर, करवाकर कृपया उद्देश्य से चुने गये मासिकियों और उपस्थितियों के निमित्त किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए उपयोग करे। मेरे नाम का प्रयोग मेरे उद्देश्य के सत्य को सत्य बनाने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व ट्रस्टियों के लिए किया जायेगा।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी मासिकियों के मासिकियों से प्रचारित करने के लिए "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यर करः)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

अर्शेक अंगीकार, हस्पताल को और से सार्वजनिकी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिकी कोषण या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। कहीं "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाति/प्रक्रिया हेतु मदद नहीं मिली कतलर है तो हम सहायता प्रदान करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट प्रमाण प्रदान है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिकी कोषण या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेयी/लेयी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जायेगा, वह केवल वित्तीय मदद ही है। हमारे हस्पताल द्वारा की गई प्रक्रिया का निर्णय हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल ही हमारे हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। अर्शेक हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर कृपया और अपने नाम की सही सिफारिश के ही सहायता को प्रदान करें और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय प्रमाण प्रदान नहीं करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>14/05/24</p>	<p><i>Dr. Sibaash Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. सहित मुद्रा</p>	<p><i>OPTIM ANAVOTT DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA HOSPITAL TRUSTEES जो भी हम हस्पताल के लिए सौंपित करेगी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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