

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : **K/0524/0192**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **15/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **ANITA NATH**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
59

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LATE PROMOD KANTA NAG**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**16/11/TH/12 MURARI PUKUR ROAD ULTABANGA
MAIN ROAD KOLKATA 700067
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **5000 x 12 = 60,000**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी का निशान 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 सम्बन्ध
1	ANITA NATH	59	F	SELF
2	LATE FARUK NATH	63	M	HUSBAND
3	AMIT NATH	42	M	SON
4	TINKU NATH	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विन्ती 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RB
	SURGERY - RB - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (सहभाक द्वारा बोलवत करत)

- 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 बोलवत करत हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मुझे अपने सहायक प्राप्त जाता है उसे मेरे स्वास्थ्य निर्यात की बाधक नहीं है।
 2) मैं इस बात का सख्त यकीन "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैंने माँगा है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस सहायक से या भविष्य में नहीं हूँ, उस चीज का उपयोग या सहायक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहभाक द्वारा करत)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपने सहभाक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्याताओं' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बर्णित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लू म्बन्टी, चर, सफाईवा दूर से इलेक्ट्रॉनिक से सभी माध्यमों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निर्यात मेरे स्वास्थ्य के चरों का चर न करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या 'न्याताओं' को अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लू उसके 'न्याताओं' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

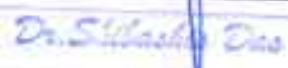

सहभाक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Aruna Nath

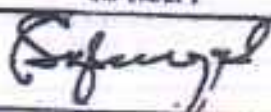
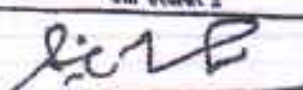
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

- 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.
- इसमें अधिलेखित, हस्ताक्षर की और से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक से सुनिश्चित की जाती है, कि वह इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायक या स्वीकार करती है:
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य रोगी से उस रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायक/रोगी के लिये या से ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, तो हमें सहायक/रोगी के लिये या से ले रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से हमें माँगा गया सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार हमें माँगा गया या किन गैर-उपचार/उपचार का सुपार देने पर हमें सहायक को सौंपना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायक नहीं है। इसलिये हमें सहायक से रोगी के इलाज/उपचार और अन्य चीजों को सौंपने पर हमें सहायक को सौंपना है और "कोशिका" को कोई भी सहायक या वित्तीय सहायक से ले रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्य के लिये सुपुष्टि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>15/05/24</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं मु.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) सहायक के पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--