

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0524/0195** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **15/05/24**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **NABA LAL SAHA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **57** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम: **TUSTA LAL SAHA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
**16/H/4 ULTADANGA ROAD SHYAMBAZAR
SHYAMBAZAR NAIL KOLKATA 700004
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:
AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: **WORKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **5000 x 12 = 60,000** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उभय पर सही का चिह्नन लगावे): 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 / आवेदन के साथ संबंध
1.	NABA LAL SAHA	57	M	SELF
2.	NAMITA SAHA	54	F	WIFE
3.	PRADIP SAHA	34	M	SON
4.	PRASENJI SAHA	32	M	SON
5.	GATYAJIT SAHA	30	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रक्षा के लिये 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) / उपभोगा कार्ड (उपभोग पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विधि एवं दिक्की का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखन 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 विधि अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथन)

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रारूप अस्वीकार्य माना जा सकता है।
- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने कदापि नही कर लिया है, और भविष्य में भी नहीं करूँगा, कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से इस उद्देश्य के लिए पूरा या हिस्से में सहायता प्राप्त करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् अन्य, रूप, माध्यमों द्वारा प्रसारण या प्रकाशन के माध्यमों से प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर देकर, मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत करने से पहले मेरी स्वीकृति लेनी चाहिए।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने से स्वतः ही मेरी सहायता का अर्थ नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

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:

- 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.
- 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.


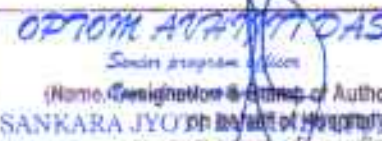
हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे वह (हस्पिटल) वित्त प्रसार के माध्यम से स्वीकार्य करता है।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त हो सकती है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना, हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह कहा जाता है कि हस्पिटल किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की स्वीकृति नहीं देगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी की सहायता या वित्त से प्रभावित नहीं है। इसलिए हस्पिटल में रोगी को इलाज देना और अपने कर्तव्य को पूरी निष्ठा से निभाना ही हमारा अंतिम और पूर्ण दायित्व है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का नंबर	 OPTIM ASSISTOAS Social program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JYOTHI नाम व पद इलाज के अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	