

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: W/0524/0199  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 17/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GOPAL TARAFDAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: WITNATH TARAFDAR  
पिता/कटुस्थ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PATNARGHATA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS

700135 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: FRUIT SHOP  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 x 12 = 54,000/-  
कुल वार्षिक आय

(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 (जो लागू हो उस पर 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 सम्बंध
1.	GOPAL TARAFDAR	59	M	SELF
2.	SHOVA TARAFDAR	48	F	WIFE
3.	RAJU TARAFDAR	02	M	SON
4.	ANITA TARAFDAR	19	F	DAUGHTER

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

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

"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 — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्पणक द्वारा संकेत करना)

- 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 पर सत्यता है कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँ, तो मेरा आवेदन एवं जारी किया जा चुका है कि उसे भी समाप्त किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता है कि "उद्देश्य" के अंतर्गत, यदि मुझे सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सत्यता है कि मैंने और भविष्य में भी, अपने उद्देश्य के अंतर्गत, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही किसी अन्य स्रोत से सहायता लेऊँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्पणक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 donors 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या बाएँ थUMB प्रिंट लगाकर, मैं (अर्पणक) यहाँ पर सत्यता है कि मैंने "उद्देश्य" के अंतर्गत सहायता लेने के लिए "उद्देश्य" को सही बताया है, जो कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में दिये हैं, जो कि "उद्देश्य" के अंतर्गत सहायता लेने के लिए ही उपयोग करेगा, जो कि इस फॉर्म में बताया गया है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस फॉर्म पर सत्यता है कि मैंने और भविष्य में भी, अपने उद्देश्य के अंतर्गत, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही किसी अन्य स्रोत से सहायता लेऊँगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्पणक के हस्ताक्षर या बाएँ थUMB का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा स्वीकार)


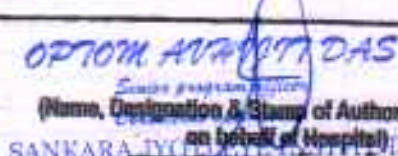
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "उद्देश्य" के अंतर्गत सहायता लेने के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने के लिए सिफारिश करते हैं, जो कि हमें "उद्देश्य" के अंतर्गत सहायता लेने के लिए ही उपयोग करेगा, जो कि इस फॉर्म में बताया गया है। यदि सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें सहायता लेने के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म पर सत्यता है कि हमें सहायता लेने के लिए सिफारिश करने वाले अधिकृत अधिकारी को सहायता लेने के लिए सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "उद्देश्य" के अंतर्गत सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच है, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने के लिए सिफारिश करने वाले अधिकृत अधिकारी को सहायता लेने के लिए सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार के लिए सिफारिश

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 17/05/24	 M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regy. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर न.	 OPTOM AVRAJIT DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर और मुहर
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्पणक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी हस्ताक्षर 2
