

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखपाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : 4/0524/0203 APPLICATION DATE : 17/05/24

NAME of APPLICANT : DULAL NASKAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 46 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KARTICK NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसथा पता PATHARGHATA, NORTH TWENTY FOUR

PARGANAS 700195 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवसथा पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : SMALL SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगाएं)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 आवेदक के साथ सम्बंध
1.	DULAL NASKAR	46	M	SELF
2.	SANDHYA NASKAR	69	F	WIFE
3.	DIPANKAR NASKAR	38	M	SON
4.	SIKHA MONDAL	33	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रत्यक्ष पत्र (प्रत्यक्ष पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रत्यक्ष पत्र (प्रत्यक्ष पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रत्यक्ष पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नी 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 (SIOS + 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 ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच मानकर गलत साबित हो तो मेरी आवेदनपत्र निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं द्वारा जो सहायता ली "उद्देशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य काल में या वर्तमान में मैं, उस उद्देश्य या उद्देश्य के समान किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न कोई रीति है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "उद्देशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उसे "उद्देशिका" द्वारा यादों, दूर, संचारण या सूची उपलब्ध से सूची गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग करे। मेरे द्वारा जो विवरण जो प्रपत्र में दिये जा रहे हैं, उनसे पहले या बाद में किसी भी "उद्देशिका फाउण्डेशन" के न्यासीयों द्वारा उपयोग करे।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के उद्देश्यों के लिये है मुझे प्राप्त सहायता या इच्छित नहीं करता इस उद्देश्य में "उद्देशिका" द्वारा किये गये न्यासीयों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

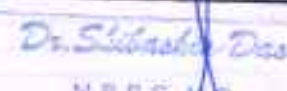
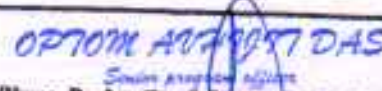
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर)

- 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.
- उपरोक्त अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से मान्यकारी के "उद्देशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निरा प्रकार से मध्यम या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनी चाहिए, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें "उद्देशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के उद्देश्य में "उद्देशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "उद्देशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी न्यासीय/उपलब्ध हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर निम्न अन्य पर सहायता की सेवा या किसी अन्य उद्देश्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर वित्तीय मदद उक्त उद्देश्यों हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।
 2. "उद्देशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त द्वारा मैं यहाँ सहायता या निम्न गये उपलब्ध/उपलब्ध का चुनाव होने पर हस्ताक्षर को लेने का निर्णय है और "उद्देशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। उपरोक्त हस्ताक्षर में उपरोक्त के उद्देश्य सुरक्षा और अपने अपने की सभी जिम्मेदारियों को हस्तगत की जाती है और "उद्देशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय/उपलब्ध इस प्रकार से नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतियों के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख <i>17/05/24</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छितार व कोड नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिन उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
