

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0524/0205**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **18/05/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SK MAHASIN**

AGE-YEARS / आयु - वर्ष: **66**
 SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **SK. SAD'ALI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **UDANG, HOWRAH NAGAR, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **FRUIT SHOP**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **6000 x 12 = 72,000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAAN No. / आई खाना संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):

Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	SK MAHASIN	66	M	SELF
2.	MASIDA BEGUM	68	F	WIFE
3.	SK MORSELIN	31	M	SON
4.	SK RADU	26	M	CON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किन्ती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ 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 प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे क्या निशान का उद्देश्य-

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की छाया संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से किता गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथना)।

- 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.
- 1) मैं यहाँ कथना करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन सत्य कथन कहा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी का ज़रूर है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकाश में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ कथना करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब कहीं-कहीं नहीं है, इस राशि का अधिक या कमला दिवस किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न प्राप्त किया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथना)

- 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 donors 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.
 - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश में अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर (अर्शक) अर्शक सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी विश्वासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोशिका इस प्रकाश में प्रकाशित है, इस "कोशिका" एवम् नाम, पता, पता/पता द्वारा उद्देश्य से पूरा जानकारी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में तथा अधिकृत है। मेरे प्रकाश का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित नहीं है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है और यह सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसकी विश्वासियों का निर्णय अंतिम और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना)

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, so 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रकाश में प्राप्त न सौंपता करती है।

1) पर कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में होने का ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अतिरिक्त/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण प्राप्त करने/प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/प्राप्त करेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे पर हस्पताल को लेना का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे को उपचार सुझाव और करने करने को सभी जिम्मेदारी होती एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
18/05/24

Dr. Subhasis Das
H 885 M 5
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर की तारीख और पता, न

OPTIM ANAND DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(on behalf of Hospital))
SANKARA JYOTI HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम संस्था 1
Subhasis Das

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम संस्था 2
Optim Anand Das