

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: K/0524/0206
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUJATA GHOSH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 74

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DEBIPRASAD GHOSH
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ERIAMARA, GARBHETA-II, PASCHIM

MEDINIPUR 721154, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6500 X 12 = 78,000/-

(Attach Proof of Income)
(सबूब का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. प्राप्त नहीं

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

Yes / No /

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 सम्बन्ध
1.	SUJATA GHOSH	74	F	SELF
2.	DEBIPRASAD GHOSH	79	M	HUSBAND
3.	ATANU GHOSH	47	M	SON
4.	ARUP GHOSH	42	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कर्म निम्नी या उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/निदान सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>
2.	<u>SURGERY — LE (SICS + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से ली जा चुकी 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: (आवेदनकर्ता द्वारा बताना)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 बताना करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अथवा दावा जमा है, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मेरे द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताना गया है।
3. मैं यहाँ बताना करता हूँ कि मैंने भविष्य में कहीं भी अपने व्ययों को पूरा करने के लिए या अपने व्ययों को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से पैसे या सहायता की नहीं ली है और नहीं लियेगी।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा बताना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
1. इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बताना है, इस "कोशिका" एप्यु न्यूसी, एन, फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य से ली गई सहायता के उद्देश्य के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
2. मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं उसे केवल: सहायता का इलाज नहीं करता; इस सम्बंध में "कोशिका" एप्यु न्यूसी के विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:


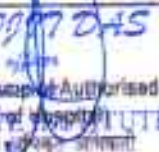
आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा बताना)

- 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 shortage 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं या हमारे/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। विशेष रूप (हमसे) वित्त प्रकृत से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने की अनुमति नहीं दी जाती है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में जमा बताना है कि हमसे प्राप्त वित्तीय सहायता के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ली जाएगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी का इलाज या चिकित्सा उपचार के लिए जो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे पास हमसे प्राप्त करने का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकृत का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसे प्राप्त होने के उपचार/प्रक्रिया और उनके फल की पूर्ण जिम्मेदारी हमें ही है। हमसे प्राप्त की जाती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>18/05/24</i>	 M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. सुभाषिस दास, एम.बी.बी.एस. एम.एस. एन.ए. 1234, ए.ए. 5678, ए.ए. 9012	 OPTOM ANURAG DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL एन.ए. 1234, ए.ए. 5678, ए.ए. 9012
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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