

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/052A/0208** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **18/05/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **PUSHPABALA GHOSH** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **19** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नियों का नाम: **TAPAN GHOSH**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान वास्तवसीय पता:
BOKUNDA GHOSH PARA, PITTA BADIYAPUR, BARASAT - II, NORTH 24 PARGANAS 743423, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:
— AS ABOVE —



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / स्वयं खोजें संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / हाँ No / 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 संबंध
1.	PUSHPABALA GHOSH	19	F	SELF
2.	TAPAN GHOSH	55	M	HUSBAND
3.	MAMONI GHOSH	22	F	DAUGHTER
4.	BABAI GHOSH	19	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मंजूर करने का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से मिल चुका है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं किसी एक कारण प्रारूप घोषणा करता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषणा किया है।

3. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का अधिक या नकल किसी किसी अन्य प्रायोजक/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से या तो किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

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 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (आवेदक) आवेदक सहायता की प्रार्थना करता है (या "कोशिका फाउन्डेशन" को उसका "उद्देश्य") को अधिभूत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रारूप में शामिल हैं, इस "कोशिका" एनएम न्यासी, ट्रस्ट, सचिव/ता द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। मैं इसके का विवरण में प्रस्ताव को पारित या खारज करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अपनी अधिभूत हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल है पूरी तरह सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम न्यासी ट्रस्ट और सचिव/कार्यकारी द्वारा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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 NGOs 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.

इससे अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

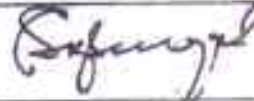
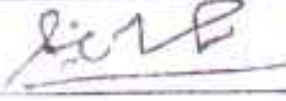
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से तथा उरी/वर्षान्त में होने या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती, अधिभूत/सहायता हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने के लिए कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त लेने/प्राप्त करने के लिए किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता प्रदान किया/प्रदान किया जा रहा है, इसका उपयोग प्रदान की गई सहायता के लिए एक सहायक/प्रक्रिया का चुनाव नहीं कर सकता है। इसलिए हस्पताल में उपचार का चुनाव और करने वाले को पूरी जिम्मेदारता होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>18/05/24</i>	 M.B.B.S.M. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता न.	 OPTOM AVANI D DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Consulting Hospital) SANKARA HOSPITAL
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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