

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: W/0524/0212 APPLICATION DATE: 18/05/24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: UDAY HARRA AGE-YEAR: 69 SEX: M
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISHUPADA HARRA
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SANKHALI, GOBARDHANBATI, HARRA 711322

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. त्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 से संबंध
1.	UDAY HARRA	69	M	SELF
2.	NILIMA HARRA	58	F	WIFE
3.	LAKSHMIKANTA HARRA	27	M	SON
4.	SUKANTA HARRA	24	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किन्ती का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया 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: (अर्षिक इत कर्मक नर)

- 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 यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं किसी धरें कल्पन प्रकृत साथ साथ हैं वे मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से "कॉशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य है।
 3) मैं यकीनपूर्वक रूप से यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं भविष्य में कहीं भी, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग-थलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न के लिए लें और न ही धीमे धीमे लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्षिक इत कर्मक)

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न प्रकृत, मैं (अर्षिक) अपनी स्वीकृति की पूर्ति करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसकी "व्यक्तिगत" "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में प्रकृत है, इसे "कॉशिका" फाउन्डेशन, एक-अन्यके द्वारा प्रचारण से उसे प्रचारणित और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्तगत के पहले या बाद में कर्म के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
 2) मैं (अर्षिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल सहायता के उद्देश्य से प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का उपयोग नहीं किया जा सकता। इस प्रश्न में "कॉशिका" फाउन्डेशन "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल सहायता के उद्देश्य से प्रसारित कर सकते हैं। मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित की जाने वाली जानकारी प्रकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्षिक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्तगत इत कर्मक)

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 assistance/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, इसका इत की और से यकीनपूर्वक की "कॉशिका फाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्तगत) निम्न प्रकृत से यकीन कर सकते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी नैर सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से तथा उपरोक्त में होने या न होने है, जैसे कि हमारे "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्रकृत के अतिरिक्त "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकृत हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी विधि/सहायता हेतु प्रकृत नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य नैर सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूर्य में यकीन कर सकते हैं कि अन्यथा किसी नैर प्रकृत तरीके/स्रोत हेतु किसी के सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल विधि प्रकृत की है। मेरी या हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या विधि नैर सारकारी/विधि का कृपम तारी एत हस्तगत को लेना का प्रकृत है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकृत का कोई प्रकृत नहीं है। इसीलिए हस्तगत में मेरी का प्रकृत प्रकृत और अपने करने की सारी जिम्मेदारी मेरी एत हस्तगत का होगा और "कॉशिका" को कोई कृपम या जिम्मेदारी इस प्रकृत में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तिथि
 18/05/24

Dr. Sukanta Das
 M.B.B.S MS
 Gold Medalist
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 हस्तगत का नाम के हस्ताक्षर व छापें

OPTIM. AVARATI DAS
 Senior Assistant Director
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
 of Hospital)
SANKARA NIVELITE
 का नाम के हस्ताक्षर व छापें

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 (नाम की हस्ताक्षर)
Safuraj

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 (नाम की हस्ताक्षर)
lic