

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **W/0524/0213**

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

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **GOPAL RUIDAS**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **51** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S-SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **NIMAI RUIDAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अस्थायी पता: **RUIDASPARA, BIKHAROLA, HAORA 711322**

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी अस्थायी पता: **— AS ABOVE —**

OCCUPATION / व्यवसाय: **ELECTRICIAN**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **3500 x 12 = 42,000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	GOPAL RUIDAS	51	M	SELF
2.	DOLY RUIDAS	46	F	WIFE
3.	PRIVANKA RUIDAS	19	F	DAUGHTER
4.	TAPATI RUIDAS	16	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रिकार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये कितनी का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दस्तावेज़/पुष्टि 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 कितनी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन: दाता द्वारा किया गया:

- 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य आवेदन प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं दाता को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का दावा करता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, या इस आवेदन में कहा गया है।
3. मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रमाणित नहीं किया है, इस दावा को अतिरिक्त या अलग स्रोतों/सेवादाता/बीमा कम्पनी के माध्यम से प्राप्त किया है और मैं इसे भी अतिरिक्त नहीं करता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा किया गया)

- 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.
- 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 irrevocable to me.

- इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में प्रकाशित करें, इस "कोशिका फाउन्डेशन" एलएम, न्यूज, पत्र, सचवाक्यादयों द्वारा इच्छित या दूसरे माध्यमों/माध्यमों के माध्यम से मेरी छवि को प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उपरोक्त विवरण की प्रकाशित करने का काम मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से किया जाएगा।
- मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने पर, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एलएम, न्यूज, पत्र, सचवाक्यादयों का निर्माण अधिकृत और अनिवार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


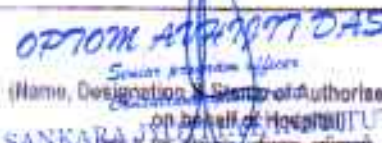


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

- 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:
- 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.
 - 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसेवादाता) निरस्त प्रस्ताव से प्राप्त नहीं कर सकते हैं।
- यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में सक्षम हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा सकती है तो हमसेवादाता किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में हमसेवादाता को यह स्पष्ट करना चाहिए कि हमसेवादाता द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता हेतु किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार या रोगी का उपचार/उपचार का चुनाव रोगी को हमसेवादाता के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसेवादाता में रोगी का उपचार/उपचार और अन्य करने की सभी जिम्मेदारियाँ होती हैं और हमसेवादाता को रोगी और "कोशिका" को कोई धूमिल या विचित्रता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. एवं मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. ए. ए. ओ. (ऑप्टिकल) डॉ. अनुरागती दास
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
