

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No. : K/0524/0217  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 19/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RENUKA NASKAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RATAN NASKAR  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

MONDAL PARA, PATBHARIGHATA, RAJBARHAT, NORTH  
24 PARAGANAS, HOOGHLY, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 5000x12 = 60,000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

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 का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / 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 सम्बन्ध
1.	RENUKA NASKAR	69	F	SELF
2.	SASANKA NASKAR	42	M	SON
3.	SHYAMAL NASKAR	39	M	SON
4.	TAPAS NASKAR	3A	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु लिये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिया गया हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत पत्र:**

- 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं संकेत करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान एवं कथन साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस सहायता को "उद्देशित फंडेशन", से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण से दिये गये कारण, के इस आवेदन में क्या था है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में, इस सहायता का पूरा अथवा कुछ हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से पैसे ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा संकेत)**

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/produce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'न्यायियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रयोग हो, उसे "कोशिका" एवम् न्यायियों, कर्म, कार्यकारण द्वारा उत्पन्न वित्तों से मुझे चिकित्सीय एवं उपकरणों के खर्च भिन्नी भी उचित रूप से प्रदायित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे इलाज के खर्च के लिए या अन्य किसी अन्य उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायियों से प्राप्त करूँगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग हो मुझे सहायता का इलाज नहीं करवाया जा सकता इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा संकेत)**

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 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, हमारा यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहाय व सौकर्य कर रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी कारणवश हमारे या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त रोगी के कारण से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असंभव हेतु मजबूर हो कि हमें उक्त सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करनी होगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।

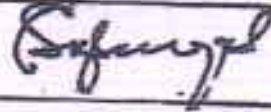
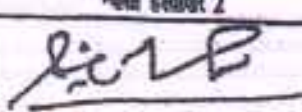
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस से नहीं करता है कि मैं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं इलाज के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसीलिए हमारा यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले को सहायता सुरक्षित और अपने कामों को जारी रखने के लिए हमें सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/05/24	 M.B.B.S.M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर सहित	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, उपाख्यता और छाप - अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION **कोशिका फाउंडेशन के लिए अंतर्गत प्रयोग के लिए**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी संस्था 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी संस्था 2 
--	---