

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0524/0218 APPLICATION DATE : 19/05/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PARESH CHANDRA SAHA AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 74 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAKUL CHANDRA SAHA
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता
1A SUMIT BANERJEE ROAD NEAR SABITA COOLING
POINT, GHOLA, PANIHATI (M), NORTH 24
PARAGANAS JOOIII, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासीय पता

— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME : 45000 x 12 = 5,40,000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) हाँ / 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.	PARESH CHANDRA SAHA	74	M	SELF
2.	SABITA SAHA	66	F	WIFE
3.	PINTU SAHA	38	M	SON
	NANTU SAHA	34	M	SON
	MANTU SAHA	29	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विभागीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् दाता)

- 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.
- मैं यहाँ दाता हूँ कि इस प्रश्न के हिस्से के सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य नहीं पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
- मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड के लिए दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् दाता)

- 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 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 acceptable to me.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्थात् दाता) यहाँ सही सही रूप से "उद्देश्य" को सही सही रूप से "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
- मैं (अर्थात् दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

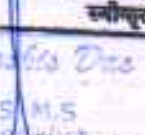
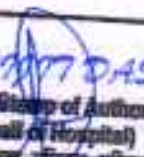
अर्थात् दाता के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात् दाता)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
 - मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ दाता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/05/24	 Dr. Shikha Das M.B.B.S.M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख	 OPTOM AVANTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (अर्थात् दाता के हस्ताक्षर और मुद्रा)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पक्षी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पक्षी हस्ताक्षर 2
