

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0220**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **19/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **NILIMA BARKANDAJ**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **56** वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **BHIM CHANDRA BARMAN**
पिता/सहस्र के नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवास पता**
KORAKATI, KORAKATI, NORTH TWENTY FOUR
PARGANAS N43496, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी निवास पता**

AS ABOVE

OCCUPATION: **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अननिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **9000 X 12 = 48,000/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ): **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 सम्बंध
1.	NILIMA BARKANDAJ	56	F	SELF
2.	BISHNUPADA BARKANDAJ	63	M	HUSBAND
3.	TANUSAI BARKANDAJ	29	F	DAUGHTER
4.	PRITILATA BARKANDAJ	24	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये 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 लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शनक द्वारा बंधनक सप्त:

- 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 यथासाध्य वास्तविकता है कि इस प्रश्नक मे लिखे जाने वाले विवरण मेरी चिकित्सा मेरी आवश्यकता के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या एवं झूठ वारता प्रकृत खाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को साकारता करता "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी जा रही है, सहायता प्रदान करने प्रयोग की पूर्णतः के लिखे निम्न उद्देश्य, के इस प्रश्नक में क्या कर रहा है।
- 3) मैं यथासाध्य वास्तविकता है कि मैंने सहायता प्रदान करने वाले अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न सहायता ले और न ही भविष्य में लेऊंगा।

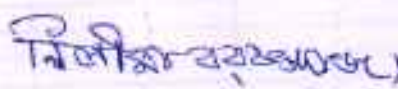
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शनक द्वारा करार)

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 प्रश्नक पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली के छाप सफाई, मैं (अर्शनक) जननी खासतौर से पूर्णतः वास्तविकता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्नक में उपयोग कर सकें। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरा नाम, पता, चित्र, आदि का प्रयोग करने के लिए मेरी स्वीकृति के बिना किसी भी प्रकार साधन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्नक पर मेरा हस्ताक्षर करने के बिना या पता मेरे पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या किसी व्यक्ति द्वारा उपयोग नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे अनुमति से किसी भी प्रकार साधन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्नक पर मेरा हस्ताक्षर करने के बिना या पता मेरे पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या किसी व्यक्ति द्वारा उपयोग नहीं किया जा सकता है। इस प्रश्नक में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरा नाम, पता, चित्र, आदि का प्रयोग करने के लिए मेरी स्वीकृति के बिना किसी भी प्रकार साधन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



अर्शनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (रिक्साता द्वारा करार)

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.
- उपरोक्त बंधनक, रिक्साता को और से सहायता प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए मैं (रिक्साता) निम्न प्रश्नक में सत्य व स्वीकार करता हूँ।
- 1) मैं न तो मैंने अभी तक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार साधन से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या जाने वाले हूँ, जैसे कि किसी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए, जो कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ, तो मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ, तो मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता प्रदान करने के लिए मैंने कभी भी रिक्साता द्वारा मेरी सहायता के लिए या जाने वाले हूँ। रिक्साता के द्वारा मेरी सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ। रिक्साता के द्वारा मेरी सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ। रिक्साता के द्वारा मेरी सहायता प्रदान करने के लिए या जाने वाले हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 Dr. Subhasis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अर्शनक का नाम और पता के साथ छाप	 OPTOM AVINASH DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA VISUAL OPTIC
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शनक के उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामी हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामी हस्ताक्षर 2)
