

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0524/0223  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 21/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BIJOY BAIDYA  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 63  
आयु-वर्ष

SEX M  
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BINOD BAIDYA  
पिता/हस्तासुत का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS KORAKATI, NORTH TWENTY FOUR BARGANAS  
NA'3446, WEST BENGAL  
वर्तमान आवाससुत पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवाससुत पता



OCCUPATION : LABOURER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 6500X12 = 78,000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थान खाली संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No 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.	BIJOY BAIDYA	63	M	SELF
2.	JAPAN BAIDYA	37	M	SON
3.	TULSI BAIDYA	24	F	DAUGHTER
4.	BINA BAIDYA	30	F	DAUGHTER
5.	JAGADISH BAIDYA	26	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये जाने विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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 द्वाारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सत्य सहाय प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस आवेदन में बतलाया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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

1) 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/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 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.

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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तिगत' " को सविश्वसत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, जो "कोशिका" समूह, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, ऑडियो विसुअल व अन्य माध्यमों के माध्यम से सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग से भविष्य में मुझे सहायता का अधिकार नहीं मिलेगा। इस मामले में "कोशिका" समूह उसके 'व्यक्तिगत' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten Signature)*

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

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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- इसमें अंगीकार, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता हेतु सिफारिश करने का कोई अधिकार है जो कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस ज्ञापित में स्पष्ट कहा गया है कि कोशिका फाउंडेशन को सहायता हेतु सिफारिश करने का कोई अधिकार नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और इसका उपयोग केवल सहायता के लिए ही किया जाना चाहिए। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए सिफारिश करने का कोई अधिकार नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनने और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी या रोगी के परिवार को है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/05/24</p>	<p><i>Dr. Subash Das</i></p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व प्रमाण पत्र नंबर</p>	<p><i>OPTOM ANJALI DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के प्रतिनिधि के नाम, पद और मुहर</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 सहकर्ता 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 सहकर्ता 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
---	---