

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0224
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 21/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RABINDRANATH BAIYA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALIPADA BAIYA
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
DAKSHIN KORAKATTI 2ND CHAK (BANGHERI) PARA,

NORTH 2A PARGANAS HARAAE, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: FRUIT SHOP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

FAN No. स्थाई 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 निशान लगावे)

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 सम्बंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| 1. | RABINDRANATH BAIYA | 61 | | SELF |
| 2. | RITA BAIYA | 54 | F | WIFE |
| 3. | SUNIL BAIYA | 38 | M | SON |
| 4. | AVIJIT BAIYA | 25 | M | SON |
| 5. | HEMA BAIYA | 20 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनती का 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 किसे अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

| 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 घोषणा करें:

- 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण सत्य मानन सत्य घोषणा है उसे नहीं साक्षात् निरस्त करे या रद्द करे।
 2) मैं इस से साक्षात् साक्षि "उद्देशिक फाउन्डेशन", से भी नही हूँ, उसका उपयोग नही होगा जो पूर्व में किसी अन्य स्रोत, से इस प्रत्यय में मांग प्राप्त है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रत्यय भी नहीं है, उस रीति या प्रक्रिया या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सुँडा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों की छाप लगकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को प्रुति करता हूँ एवं "उद्देशिका फाउन्डेशन और इसके नसीबों" को सक्षिपूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देशिक इस प्रत्यय में सक्षिपूत है, इसी "उद्देशिक" एवम् पता, घर, कार्यस्थल धुआं उद्देश्य से सुले संविधानियों और प्रतियोगियों को किये किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्ति करने की सिद्ध सक्षिपूत है। मेरे प्रत्यय या विवरण को प्रत्यय के पहले या बाद में करने के सिद्ध "उद्देशिक फाउन्डेशन" व सक्षिपूत सक्षिपूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से साक्षात् हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किये साक्षात् के उद्देश्यों से प्रुति है मुझे साक्षात् साक्षात् या उपकरण की सहायता इस सक्षिपूत में "उद्देशिक" एवम् उम्हडे सक्षिपूतों या निर्यात उद्देश्य और साक्षात् सक्षिपूत सक्षिपूत।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निर्यात


मनीषा मधुप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

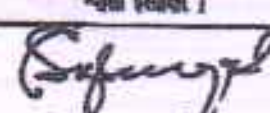
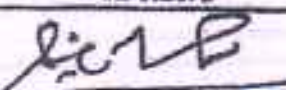
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- इससे सक्षिपूत, हस्ताक्षरों की और से सहायक के को "उद्देशिक फाउन्डेशन" से निर्यात सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किये इस (हस्ताक्षर) निर्यात प्रत्यय से सत्य व सक्षिपूत करता है।
 1) यह कि न ही सक्षिपूत और न ही भविष्य में निर्यात सहायता किसी और सहायक से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त के उद्देश्यों से सुले संविधानियों में सुले या न ही है, किये कि हमने "उद्देशिक फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्यात प्राप्त के सहायता में "उद्देशिक फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। और "उद्देशिक फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्तियों हेतु यत्न की किये जा रही है वे सहायता किये अन्य पर सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायक से साक्षात् उम्हडे कर सक्षिपूत प्रुतिपूत करता है। इस प्रुति में स्पष्ट बना जाता है कि सहायता सिफारिश पर उम्हडे सहायक हेतु किसी और सहायक से प्राप्त या किसी अन्य सहायक से नहीं ले-कर-लेती।
2. "उद्देशिक फाउन्डेशन" से ही नही सहायता केन्द्र सिफारिश प्रुति की है। केसे पर हस्ताक्षर द्वारा ही नही सहायता या किये नही उपचार/सिफारिश का यत्न हेतु हस्ताक्षर को सत्य व किये है और "उद्देशिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार या किये सक्षिपूत की है। इसीसे हस्ताक्षर में केसे के सहायता प्राप्त और करने करने की किये सिफारिश केसे ही हस्ताक्षर की किये और "उद्देशिक" की किये सुनिश्चत या सिफारिश प्रुति सहायता से नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के सिद्ध संस्रुति

| | | |
|--|---|--|
| Date of Surgery अपरेजन की तिथि 2/10/24 |  Dr. Sibanku Das M.B.B.S.M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या स्टंप |  OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR हस्ताक्षर का नाम व स्थिति और साक्षात् सक्षिपूत |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सक्षिपूत उम्हडे हेतु

| | |
|---|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 सक्षिपूत 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 सक्षिपूत 2  |
|---|---|