

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0529/0225**
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: **21/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SUBHASH SAHA**
आवेदक का नाम

AGE-YEAR: **56**
वय-वर्ष

SEX: **M**
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **HIRALAL SAHA**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **BEDON STREET**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: **FRUIT SELLER**
व्यवसाय

MARRIED (गिराविल) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **8000 X 12 = 96000**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (आपका PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी को चिह्नित करें):
Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1.	SUBHASH SAHA	56	M	SELF
2.	NUPUR SAHA	52	F	WIFE
3.	KUTIEL SAHA	32	F	DAUGHTER
4.	SAHEL SAHA	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सहायता हेतु प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे क्या विधि 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 - (SICKS+ZOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन दान प्राप्त पर):

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उल्लेख किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सच "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिले है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णतः ही लेना किया जाएगा, जो इस आवेदन में सच सच है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस सहायता हेतु पर भविष्य में मैं किसी भी प्रकार का बीमा, या अन्य किसी भी अन्य सहायता/रोक/कमरे में न जा रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदन दान प्राप्त):

- 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में बताया है, उसे "कॉशिका" एवम् 'ट्रस्टी', एवं सहायता हेतु उद्देश्य में पूरी गतिविधियों को प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम है। मेरी आवेदन का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित है उसे 'कॉशिका फाउन्डेशन' को अधिकृत कर सकता है। इस संबंध में "कॉशिका" एवम् उसके 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :


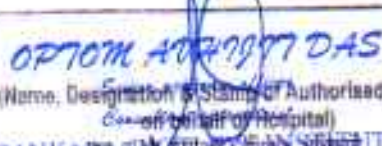
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



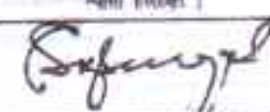
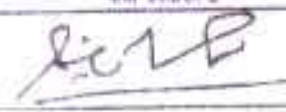
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान प्राप्त):

- 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:
- 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 amount 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मार्गदर्शक को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए की जायेगी, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा करवा रहे हैं। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार से सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में जल्द बाधा उत्पन्न है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या सेवा प्राप्त/प्रदान/प्रदान का चुनाव एवं/या हस्ताक्षर को सेवा का विवरण है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान और जल्द करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कॉशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अवैधान्त की तारीख 21/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं नं.	 OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) (Name of Hospital) SANKA BHAVAN WARDHARA, SIKRITA
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--