

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0524/0233**
 आवेदन संख्या :

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

NAME of APPLICANT : **MAHAMAYA HALDAR**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS **79** SEX **F**
 आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SASTHI CHARAN HALDAR**
 पिता/पत्न्य का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवास का पता**
53A BENEPUKUR LANE, ENTALI, S.U. KOLKATA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS **स्थायी निवास का पता**
AS ABOVE

OCCUPATION : **HOME MAKER**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **5000 X 12 = 60000/-**
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **सर्वेच्छा संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
 क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 से सम्बन्ध
1.	MAHAMAYA HALDAR	79	F	SELF
2.	SAMIR HALDAR	49	M	NEPHEW

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता हेतु निम्ने निशान लगाएं

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने कौन निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से सही की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE - (SICSTICOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AWAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थसेक द्वारा)

- 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 यहाँ पर यह है कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबंदी या झूठा बयान दिया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह सचता दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है।
- 3) मैं यहाँ पर यह है कि मैंने भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही ली है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थसेक द्वारा)

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/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.

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 प्रकार से अपने हस्ताक्षर या मुद्रित नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रेषित कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए मेरी सहायता की जा सकती है। मैं यहाँ पर यह सचता दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है।
- 2) मैं (अर्थसेक) इस प्रकार से सचता दिलाता हूँ कि मेरी सहायता की जायेगी, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है। मैं यहाँ पर यह सचता दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थसेक के हस्ताक्षर या बाएँ तलुके का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा)

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.

इससे स्पष्ट है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता ले रहे हैं, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकार से हमें स्पष्ट रूप से यह सचता दिलाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त करने के लिए आ रहा हूँ। मेरी सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है। मैं यहाँ पर यह सचता दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है। मैं यहाँ पर यह सचता दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार से सच है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 27/05/22	 M.B.B.S. M.E. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल में रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थसेक उपयोग हेतु

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