

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0250
 आवेदन संख्या ;

APPLICATION DATE: 25/05/24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KARUNA MAHAJAN
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: GOPAL MONDAL
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवास पता
 KATGACHHA NORTH TWENTY FOUR PARGANA
 743439
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता
 AS ABOVE



OCCUPATION: SMALL SHOP
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 7000 x 12 = 84,000
 वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट पता संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता हैं (को मध्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाओ)

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 क्या सम्बन्ध
1.	KARUNA MAHAJAN	70	F	SELF
2.	BISWATI MAHAJAN	50	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु जिसे मैंने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (SICST 2024)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कोई भी सहायता नहीं

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चरण पर;

- 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 कतार है कि इस आग्रह में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिली सहायता को केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए मैं इस आग्रह में सक्षम हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने से इनकार कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान चरण)

- 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 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 आग्रह पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर कतार हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आग्रह में शामिल कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउण्डेशन" के माध्यम से मुझे प्राप्त करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) और भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण के बिना किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने से इनकार कर रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान चरण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

- इसमें अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा हमारे मामले को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सहायता प्रदान कर रहे हैं।
- 1) कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं प्राप्त करेंगे, क्योंकि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त सहायता प्राप्त होने के बाद भी हमारे मामले का उपचार और सुरक्षा का पूर्ण ज़िम्मेदार हमारे पास है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25/05/24</p>	<p>Dr. Subankar Das</p> <p>M.B.B.S. M.S</p> <p>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका से हस्ताक्षर</p>	<p>OPTOM ANAGANTI DAS</p> <p>Senior Assistant Officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे मामले के लिए अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>