

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building back a life

 APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0623/0249**

 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **04/06/2023**

 NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: **JABARANI MANNA**

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: **BABLU MANNA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

TUSKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743446 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं। (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बन्ध
1.	JABARANI MANNA	55	F	SELF
2.	BABLU MANNA	62	M	HUSBAND
3.	SANJIBU MANNA	23	M	SON
4.	DILIP MANNA	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे पत्र विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय ग्राम सभायात 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 Kashiwa 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 कहता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यथा "कोशिका फायरिंग" से लेने का कह रहा हूँ, उसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 21.1) (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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

संवेदनशीलता का अर्थ है कि



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) heretby 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.

in the matter

- 1) यह कि वहाँ कार्यवाही और न ही अधिकारी व विधि महापता किसी भी साक्षरी सम्मान या किसी अन्य स्वीत से उक्त टोपी/घाघने में होने का लंख है। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निम्नलिखित/विनिती एक ही सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता विनिती अधिकार/सम्मान हेतु मजबूत खी किया जाता है तो सम्मान किमी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्मान में महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मान द्वितीय मरद उक्त टोपी/घाघने हेतु किसी भी साक्षरी सम्मान या किसी अन्य सम्मान में नहीं लगाए/लगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी लंख महापता अर्जन विधि प्रकृति को है। गरी या सम्मान द्वारा ही लंख अर्जन या किने लंख उपहार/प्रक्रिया का पुराण टोपी एवं सम्मान को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये सम्मान में गरी का अर्जन शुद्ध और जाने जाने जाने की सारी विमर्शारी गरी एवं सम्मान की द्वारा और "कोशिका" की कोई अधिकारी या विमर्शारी इस सम्मान में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पञ्चोक्तौ ॐ लिङ्गं सम्भूति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/06/23	<i>Dr. Shilashree Das</i> M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इसकी-का नाम और रजिस्ट्रेशन नं. के साथ	<i>OPTOM ANANTA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or Head of Hospital) SANKAR JYOTI EYE INSTITUTE नाम, पद, हस्ताक्षर और अथवा अथक
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक ट्रायपेन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापी हस्ताक्षर 2
	