

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building trust of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0623/0284** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **13/06/23**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **SUKUMAR PANJA** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: **BHABATASH PANJA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **SADATPUR ST, BARGACHHIA 2, JAGATGALLAVPUR, SADAR, HOWRAH, WEST BENGAL**

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



OCCUPATION: व्यवसाय: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **NIL** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे पंजीयित करें) 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 के साथ संबंध
1.	SUKUMAR PANJA	65	M	SELF
2.	LIPIKA PANJA	62	F	WIFE
3.	ANIK PANJA	40	M	SON

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

**PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LP
2.	SURGERY - LP (SICS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AVAILED जो गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा कर):**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार अन्य गलत नहीं है। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत प्रकृत है तो मेरी महापत्र निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने महापत्र हेतु का भुगतान नहीं किया है, इस भुगतान का भुगतान या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबजा):**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य में मुद्रित/लिखित/ऑनलाइन/इलेक्ट्रॉनिक/या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्य में इस्तेमाल है, महापत्र का इलाज नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबजा):**

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/पत्रों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लगी या ले ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/अधिकृत/सकारण हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पिटल किसी अन्य स्रोत या सकारात्मक या किसी अन्य सहायता से महापत्र लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस भुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पिटल द्वारा सच उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी महापत्र उद्देश्य वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीयों द्वारा ही नहीं सलाह या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने स्वयं की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपराधन की तारीख</p> <p>13/06/2023</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S. M. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर के नाम व इलाज के पत्र 2</p>	<p><i>OPIONM ABHINAV DAS</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory हॉस्पिटल के अधिकृत/सकारण) SANKARA JYOTHI HOSPITAL</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

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