

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0624/0256

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 23/06/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : JHARNA BISWAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GURUPADA BISWAS

पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KANKPUL ASHOKNAGAR KALAYANGARH NORT 24 PARGANAS

743272, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS - ABOVE

OCCUPATION : TEASTALL

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 x 12 = 36,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 के साथ सम्बन्ध
1.	JHARNA BISWAS	64	F	SELF
2.	ASIS BISWAS	34	M	SON
3.	DIPALI BISWAS	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 एक लाख सहायता एकी

2

- 1) मैं सोचण करता हूँ कि इस प्रकार में दिने रायें सभी विवरण से तो जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत पाया जाता है तो मेरी सहमति मिलने की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति राशि "कोशिका काउन्टडाउन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पता गया है:
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि बिना सहमति के यह प्राप्ति की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्राप्ति/नियोजक/प्राप्ति कम्पनी में न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (JEROME D. WILK)

- 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.

आमंत्रण को इमलाना या अगिरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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.

1) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/रोगिनी के लगे या तो रहे है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरान/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिक/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा भदर उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/लेगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/06/24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हमताहर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR VEDY डॉ. व. ए. एस. वेंकटराव SANKAR VEDY
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	