

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0624/0260
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06/08/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NAMITA DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 49
वर्ष

SEX: F
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NILAPADA SARDAR
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KASTAPUR RAJARHAT GOPATPUR NORTH 24 PARGANAS
PRASULLA KANON - FODOL, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: FOOD STALL
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. [Blank]
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (चेक करें जो लागू है)

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 संबंध
1.	NAMITA DAS	49	F	SELF
2.	ARUN DAS	33	M	HUSBAND
3.	TUMPA DAS	01	F	DAUGHTER
4.	SOMEN DAS	17	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्नीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सम्पन्न/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरा आवेदन एवं चल रहे सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय जो मैं हूँ, उस खर्च का अधिकतम वह किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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.

- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े जा सकें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सामग्री या अन्य उद्देश्य से कुछ भी माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, और कोशिका फाउन्डेशन को मेरे नाम और पता का उपयोग करने के लिए, जो मेरा इलाज या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में हो सके।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों से प्राप्त की गई जानकारी का उपयोग करने के लिए, जो मेरा इलाज या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में हो सके।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

01/04/24

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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.
- 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 अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- हम यह भी घोषणा करते हैं कि हम भविष्य में भी वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में नहीं लेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता नहीं मिले। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता मिलने की आवश्यकता होगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार केवल रोगी और हस्पताल के बीच है। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और इससे रोगी के इलाज या उपचार पर कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने की आवश्यकता होगी। हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने की आवश्यकता होगी। हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने की आवश्यकता होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

06/04/24

Dr. S. Sankar Das

M.B.B.S. M.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर

OPTIM HOSPITAL DAS

Social program officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital

कोशिका फाउन्डेशन के लिए

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम 1

Sankar Das

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम 2

Sankar Das