

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0624/0314

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 17/06/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KANAI DAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS मास-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER/S/POUSE'S NAME: JATN DAS

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GABTALA, KHASBALANDA, NORTH 24

PARGANAS 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: FISHERMAN

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000X12 = 48,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / हाँ

No / 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.	KANAI DAS	74	M	SELF
2.	RENUKA DAS	69	F	WIFE
3.	KAMA DAS	42	F	DAUGHTER
4.	AVIJIT DAS	39	M	SON
5.	RINA DAS	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त/दुखी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SI&S + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ नई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरना है)

- 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 यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्रस्तुत की जाएगी तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर सहायक को "कोशिका फाउंडेशन" से लेना चाह रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पूर्व या बाद में, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

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 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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा अपने पत्रों, पत्र-व्यवस्थापन, दूरदर्शन या किसी भी माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रचार का विवरण मेरी प्रार्थना के पूर्ण होने के बाद भी "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक से उपलब्ध हो जायेंगे वे सही प्रकार सहायक का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करना)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमने अधिकृत, इसप्रकार की सेवा से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम या हमारे भरोसे में किसी भी प्रकार सहायक किसी भी रकम का प्रचार करने के लिए अधिकृत नहीं हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त कर लें। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक नहीं दी जाती है, तो हमें अपने भरोसे से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रत्येक में हमने कहा है कि हमारा निर्णय केवल मेरे रोगी के स्वास्थ्य के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी और हमारे रोगी के बीच की व्यवस्थापन से निर्धारित होता है। हम यहाँ पर स्वीकार कर रहे हैं कि हमारा निर्णय केवल मेरे रोगी के स्वास्थ्य के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी और हमारे रोगी के बीच की व्यवस्थापन से निर्धारित होता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के इलाज के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे रोगी के बीच की व्यवस्थापन से निर्धारित होता है, जो कि हमारे रोगी और हमारे रोगी के बीच की व्यवस्थापन से निर्धारित होता है। इस प्रत्येक में हमने कहा है कि हमारा निर्णय केवल मेरे रोगी के स्वास्थ्य के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी और हमारे रोगी के बीच की व्यवस्थापन से निर्धारित होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Dr. Subash Das</i> M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ	<i>OPTOM ANANTA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और हस्ताक्षर
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>