

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0624/0318

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/06/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MILAN HALDER

AGE-YEARS आयु वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

NIMAI HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

32, PANCHANANTALA ROAD, SARAT BOSE

ROAD, KOLKATA 700029 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

CARPENTER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर 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 संबंध
1.	MILAN HALDER	64	M	SELF
2.	MAMATA HALDER	57	F	WIFE
3.	ADARSH HALDER	29	M	SON
4.	SUJAY HALDER	26	M	SON
5.	SAMPA HALDER	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) वितरण कार्ड कापी (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
	SURGERY — LE — (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED कितनी राशि सहायता मिल रही है

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करना)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्रदान करने से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार के रिफंड, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अपने नाम, पता, फोटो और उस उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ। इस जानकारी का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर मैं (आवेदक) और "कोशिका फाउन्डेशन" के बीच सहमत हो जाता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को प्रसारित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। सहायता देने का फैसला कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टी कर सकते हैं। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

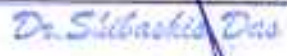
आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Signature of Applicant

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकतर, इससे पहले की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी वित्तीय सहायता किसी भी सहायता से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं। इस पुष्टि के बिना हम मान्यता देते हैं कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता के लिए कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल के रोगी के इलाज और अन्य बातों को सही दिशे-दर्शन देती है। हस्पताल को रोगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/06/24	 M.B.B.S. M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर	 OPTIONAL APPROVED (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कोशिका फाउन्डेशन के अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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