

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

K/0624/0319

APPLICATION DATE:

19/06/24

NAME of APPLICANT:

PUTURANI MUNDA

AGE-YEARS

58

SEX

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

SHIBCHARAN MUNDA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

KENDUA, CHAITA, BASIRHAT - II, NORTH

29 PARGANAS FARSAHS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

9500 X 12 = 54,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का आयक प्रमाण)

PAN No. रखाई जाऊ संख्या

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

Yes / No
हां / नहीं

क्या आप आय कर एसेसि है (जो मान्य हो उस पर बाई का चिह्न लगाएं)

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.	PUTURANI MUNDA	58	F	SELF
2.	SHIBCHARAN MUNDA	31	F	HUSBAND
3.	REKHA MUNDA	28	F	DAUGHTER
4.	DEBI MUNDA	24	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखाई के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बाल आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसकी 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 (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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.
 - 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या कथन गलत पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
 - मैं इस आवेदन के माध्यम से "उद्देश्य (purpose)" के अंतर्गत ही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में मांग किया है।
 - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/कर्मचारी/बिमा कंपनी से उस राशि के लिए कोई भी भुगतान नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "व्यक्तियों" को "उद्देश्य" के अंतर्गत घोषणा करूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, इस "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से, जिसमें दानों को आमंत्रित करने के लिए जानकारी देना और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना शामिल है। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा किया जा सकता है और/या कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "उद्देश्य" के अंतर्गत ही प्रेषित करने के लिए प्रयोग करने की अनुमति देना। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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 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.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the business/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.

हमारा अधिष्ठाता, हस्तक्षर की ओर से हमारे प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का कहता है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं कर रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों को प्रेषित करने का निर्णय किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा प्राधिकृत अधिकारी कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस निर्णय से स्पष्ट करना चाहते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों से प्राप्त नहीं किया जाता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी या मेरी रोगी को प्राप्त होने वाली वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरी रोगी को प्राप्त होने वाले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी या मेरी रोगी के डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों से प्रभावित नहीं है। हमारी या मेरी रोगी को प्राप्त होने वाले उपचार/प्रक्रिया और मेरी या मेरी रोगी को प्राप्त होने वाले दस्तावेजों को कोशिका फाउंडेशन की ओर से "कोशिका फाउंडेशन" की ओर से प्रेषित किये जाने वाले दस्तावेजों से प्राप्त नहीं किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/06/24	 M.B.B.S M.D. Civil Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुहर	 OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) SANKARA JYOTI HOSPITAL
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भवनी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भवनी हस्ताक्षर 2
	