

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0624/0321**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/06/24**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **DULAL MAHALI**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **74** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **RAICHARAN MAHALI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **TENTULATI, RANI GACHHI, KHASBALANDA, NORTH 24 PARGANAS 743405, WEST BENGAL**
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **— AS ABOVE —**



OCCUPATION / व्यवसाय: **SHOPKEEPER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **4500 X 12 = 54,000/-**

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

PAN No. / पैन संख्या: **उपरोक्त खाल में रखा**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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 / आवेदन के साथ संबंध
1.	DULAL MAHALI	74	M	SELF
2.	PRAMILA MAHALI	68	F	WIFE
3.	BISHNU MAHALI	41	M	SON
4.	ARUN MAHALI	36	M	SON
5.	SIRNATH MAHALI			

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

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई ऐसा है तो इसे प्रमाण पत्र के साथ प्रेषित करें।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) यदि उपलब्ध है तो इसे प्रमाण पत्र के साथ प्रेषित करें।	Ration Card (Attach Copy) उपलब्धता कार्ड (यदि उपलब्ध है तो इसे प्रमाण पत्र के साथ प्रेषित करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु दिखाने वाले विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/उपचार सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा कर्ता:

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन आवेदन प्राप्त करने से मेरी सहायता विना की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं की है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा कर्ता)

- 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.
- 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अंतर्गत सहायता को ग्रहण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अनुमति देता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए कर सकें हैं, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन या सुदूर संचार के माध्यमों से सहायता के लिए जानकारी देना है। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता के लिए जानकारी देना है।
- मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए आवश्यक हैं, को सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अनुमति देना है।
- मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए आवश्यक हैं, को सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अनुमति देना है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



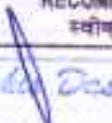
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्ता)

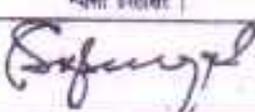
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 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.

इसमें अंतर्गत, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार के लिए हमें अपने स्वयं के अर्थों पर ही निर्भर रहना पड़ेगा। अतः हमें सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अनुमति देना है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति		
Date of Surgery अपरेशन की तिथि 19/06/24	 Dr. Shibashu Das MBBS MCh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. शिबाशु दास, एम.बी.बी.एस. एम.सी.	 OPTOM ANAND 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 स्थानीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थानीय हस्ताक्षर 2 