

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0624/0334	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	21/06/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	TARAKANTA BAR	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम	MOHAN BAR		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
ASHUTI, KHANBERIA, THAKURPOKUR MAHESOLA			
SOUTH 24 PARGANAS JODUPUR, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
— AS ABOVE —			

OCCUPATION: व्यवसाय	MASON	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	5000 X 12 = 60,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. स्पष्ट रूप से खाली रखें			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें)		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 के साथ सम्बन्ध
1.	TARAKANTA BAR	60	FM	SELF
2.	ANITA BAR	59	F	WIFE
3.	DEBASISH BAR	23	M	SON
4.	DEBIKA BAR	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा करें)

- 1) 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.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वाحد आवेदन प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस 'बे' का उपयोग केवल "उद्देश्य" के लिए करूँगा, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता 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) payment or fulfilment 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 this "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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार से प्रकाशित है, उस "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, नाम, सम्बन्ध/पता द्वारा उद्देश्य से पूरी जानकारी को उपस्थितियों को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का प्रसारण मेरी इच्छा के बिना या मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थपूर्ण से प्रसारित हो जाये, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट और भरोसे को निर्णय लेना और स्वीकार करना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

**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:

- 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) This 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.

हमारे अतिथि, हस्पताल को आज से प्रस्तावित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से राज्य में स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त (प्रो-ग्रेस) में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उभार कर सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनोद सन्तुष्ट/सफल हेतु सन्तुष्ट हो कि सहायता विनोद अन्य किसी सारकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थाप से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बात बता है कि सहायता द्वितीय पर प्राप्त (प्रो-ग्रेस) हेतु किसी के सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ले रहे सहायता का निम्न रूप (हस्ताक्षर/निम्न) का चुनाव करने पर हस्पताल को सौंप दिया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज करना और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनाव या निर्णय/निर्णय इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 21/08/21	Dr. Shikha Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) होस्पीटल का नाम व सम्बन्ध व पता नं.	OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR JYOTI HOSPITAL
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 Safaryal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 Safaryal
---	---