

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0624/0338 APPLICATION DATE: 21/06/24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PRATIMA NANDI AGE-YEARS: 78 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE RADHARAMAN NANDI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: IS/1 ISWAR MILL LANE, BEACON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (निवृत्त) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 X 12 = 24,000 (Attach Proof of Income) (आपका आय प्रमाण)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे का चेक टिक करें)

FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	PRATIMA NANDI	78	F	SELF
2.	KONJIT NANDI	69	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे यह वित्ती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथना) :-

- 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 कथना करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन आवेदन पत्र को अयोग्य बना देगा और मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ यकीनपूर्वक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन", से भी मदद नहीं ले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्णित करने के लिए ही करना चाहता हूँ।
- मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु न तो अन्यत्र से मदद ली है, न ही लाने का प्रयत्न किया है। अन्यथा मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचार, सूचना, वसूली, सूचना प्रसारण और जानकारी के निम्न विवरणों के लिए प्रयोग में लायी जा सकती हैं।
- मैं (आवेदक) आगे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रचार, सूचना, वसूली, सूचना प्रसारण और जानकारी के निम्न विवरणों के लिए प्रयोग में लाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Protina Wandy

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.
 - हम यहाँ उचित रूप से, हस्ताक्षर की जा रही है। हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता या वसूली का कार्य करते हैं:
 - हम यहाँ पुष्टि करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है। यदि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउन्डेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउन्डेशन से सहायता नहीं मिलती है।
 - हम यहाँ पुष्टि करते हैं कि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता के लिए हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउन्डेशन से सहायता नहीं मिलती है।
 - हम यहाँ पुष्टि करते हैं कि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता के लिए हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउन्डेशन से सहायता नहीं मिलती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवधि की तारीख <i>21/05/24</i>	Dr. Sankar Das M.B.B.S. MR Genl. Med. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका नंबर व	OPTIM ADVISORY DAS Senior Resident (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR DAS कोशिका फाउन्डेशन से सहायता हेतु सिफारिश
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम संख्या 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम संख्या 2 <i>[Signature]</i>
--	--