

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



APPLICATION No.: **K/0824/0341** APPLICATION DATE: **22/06/21**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **DEBNARAYAN DAS** AGE-YEARS: **80** SEX: **M**
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **BHUDHAR DAS**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **3/H/22, MOHAN BAGAN LANE, SHYAMBAZAR**
MAIL, KOLKATA 700004, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **3000 X 12 = 36,000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. **XXXXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस या नहीं का निश्चय लगाएँ) Yes / No हाँ / नहीं

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.	DEBNARAYAN DAS	80	M	SELF
2.	SARMIKHA DAS	75	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 30000 तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यक नहीं (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्युक्त/दवाखुर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कोई एवं सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले का)

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कोई कथित सत्य वाच्य कथन जहाँ मैंने जो भी सहायता निम्न की जा सकती है।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही होगा जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कदापि न तो अभी तक और न ही भविष्य में कभी

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके "सदस्यों" को आवश्यकता पड़े तो मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस आवेदन में शामिल है, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से सुदूर प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रसारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से सुदूर प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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) 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 अधिकृत, हमारे द्वारा की जा रही है हमारे-द्वारा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हमारे-द्वारा) वित्त प्रदाता से कदापि सहायता नहीं है।

1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें अभी तक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में होने का कोई दावा है, बस कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से सुदूर प्रसारित किया जा सकता है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त सहायता प्राप्त करने के लिए हमारे-द्वारा की गई सहायता प्रदान करने का निर्णय केवल हमारे-द्वारा की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 29/06/24	 Dr. Siddhanta Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर सिद्धान्त दास एम.बी.बी.एस.	 OPTOM ANURAGTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKAR NIVEDI KASHI
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम संस्था 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम संस्था 2
	