

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0624/03.61 -- APPLICATION DATE: 24/06/24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MADHUSUDAN DAS AGE-YEARS: 55 SEX: M
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: UTTARMALEKANAHUMTI, SHRIDHAR KATI,
HINGALGANJ, NORTH 24 PARANAS 743439 WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: FARMER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500X12 = 54,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. ☐ YES ☒ NO
आय का साक्ष्य संलग्न करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	MADHUSUDAN DAS	55	M	SELF
2.	DIPALI DAS	50	F	WIFE
3.	SUJAY DAS	30	M	SON
4.	BIJAY DAS	25	M	SON
5.	STIMA DAS	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE (GLASS 20L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता पुरी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या झूठा दावा प्रस्तुत किया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जिसके लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की कोशिश की है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

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 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा जाये, जो "कोशिका" द्वारा मुझे सहायता देने के लिए प्रेषित किया जायेगा। इस सहायता के लिए मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से अनुरोध किया है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउन्डेशन के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस सहायता के लिए मैंने "कोशिका" से अनुरोध किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से तथा फाउन्डेशन से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सहायता के लिए मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से अनुरोध किया है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उनके जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 24/06/24	 M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का पता	 OPTOM ANSHU DAS Senior paramedical officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANJANA HOSPITAL पता व पं. सं. हॉस्पिटल/अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आधी इलाका)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आधी इलाका)
	