

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : 4/0624/0375

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE 27/06/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GITA SINGHA RAY

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

79

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARJUN SINGHA RAY

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BANSKA SOUTH 24 PARGANAS 743363

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 5000 X 12 = 60,000/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	GITA SINGHA RAY	79	F	SELF
2.	LATE KRISHNARAJ SINGHARAY	82	M	HUSBAND
3.	MOHAN SINGHA RAY	49	M	SON
4.	MODHAN SINGHA RAY	45	M	SON
5.	SWAPNA SINGHA RAY	46	F	DAUGHTER
6.	PAVNA SINGHA RAY	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरण आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे कर उपयोग:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + 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 कितनी राशि सहायता मिली

2

- AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 278-280)

- अध्यापक के हस्ताक्षर के अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करवा)

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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अविद्यमान, हस्तक्षेप की जगह से चमत्कार/प्रेम को "कोशिका प्रदर्शन" से विशिष्ट महापात्र होगा विकसित की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) विषय प्रकाश से गुजरने या प्रतीकित करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वमान और न ही सन्धिक में विविध महापक्ष किसी के साकारों संस्थापन या किसी अन्य प्रयोग से उत्पन्न होगी/होयेंगे। यदि ऐसा हो पाये तो यह भी संभव है कि यह प्रयोग ही प्रयोग के अन्तर्गत कर दिया जाये।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो यह महापक्ष केवल विविध प्रकृति को है। यों पर हमलक्ष्य इस पर यह संसाधन या फिर उसे उपयोगाधिकार का प्रयोग यों पर हमलक्ष्य के लोग का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई प्रयोग नहीं है। इसविषय हमलक्ष्य में यों में प्रत्यक्ष प्रयोग और यों में सारे की यारी विमोक्षी यों पर हमलक्ष्य को यों और "कोशिका" को कोई प्रयोग या विमोक्षी इस प्रयोग में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ਅੰਤਰਿਕ ਅਤੇ ਆਰਾਮ

Dr. Selbowski Das

M.B.B.S.M.S.
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

OPTOM. ANTON D.A.S.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

SANKAR, R. N. V. M. *et al.*

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर २

Exempel

Signature