

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0723/0405**
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **25/07/23**

 NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SANKAR DAS**
 AGE-YEARS आयु-वर्ष: **58**
 SEX लिंग: **M**

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **AKHIL DAS**

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:

84 RAJ KUMAR MUKHERJEE ROAD, BARANAGAR,

ALAM BAZAR, NORTH 24 PARGANAS, 700035,

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

AS ABOVE

 OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER**
☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS. 4000 x 12 = 48000/-**

 (Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या:

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	SANKAR DAS	58	M	SELF
2.	AKHILA DAS	54	F	WIFE
3.	KAKALI DAS	32	F	DAUGHTER
4.	KOUSHIK DAS	23	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 ली जा चुकी है?

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

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 Koslika 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 कहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सही सहायता निषेध की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोसलिका फाउण्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में क्या पाया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का जोरिशक या धनगत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धनकर्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में प्रामाणिक है, उसे "कॉशिका" एवं/या न्यासीयों, एवं, आवश्यकता होने पर/स्थान में तुरन्त गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिख अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विश्वास में प्रभाव को पहले या बाद में करने को लिए "कॉशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपलब्ध में प्रामाणिक है मुझे सहायता, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवं/या उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अध्यक्ष के हस्ताक्षर या जगह का स्थान



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 अधिष्ठाता, इलाहाबाद की ओर से सामंती-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिन सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो सामंती और न ही अधिष्ठाता वित्तिन सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/सामंती से लेगा या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिन सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थागत वित्तिन मदद उक्त रोगी/सामंती हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता केवल वित्तिन प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गाँ मलाह या फिर गले कर्कर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने गले की भारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संयोजन

25/08/23

Dr. Shibashis Das

M.B.S.M.S.
(Name of Dr. or Institution, with Stamp)
Reg. No. 74035

OPTOMK APPQ277 CAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKARAJYOTI LIFE INSTITUTE
॥ श्री गणेशाय नमः ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2