

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0723/0408

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि :

25/07/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

DUDHKUMAR ARHI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

63

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

SUKUMAR ARHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SATINATALA, CHANDRAKONA, BASANTI,
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 4000 x 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्नित करें)

Yes ☒ No ☐

हाँ / 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 सम्बंध
1.	DUDHKUMAR ARHI	63	M	SELF
2.	SEELI ARHI	58	F	WIFE
3.	MAMATA ARHI	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किनसे आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटिंग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये किस्म की 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 कियी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस प्रकार असत्य पाया जाये तो मेरी माहिराद प्राप्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो माहिराद प्राप्त "कोशिका फाउण्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में परत प्राप्त है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस माहिराद हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वरक्ष) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचनालय द्वारा इंटरनेट से जुड़ी वेबसाइटों और उद्योगिकियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।

2) मैं (अर्श्वरक्ष) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता का उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपका वे हमारे या अंग्रेजों का नियामक



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.

हमारी अतिशुद्ध, इलाहाबाद को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमself) यहाँ प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जब कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विनिर्दिष्ट उद्यम के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय वित्तिय/सम्पत्ति हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक संस्था से नहीं लगे/लगेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमself द्वारा ही गई सलाह या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमself में रोगी के उपचार सुझाव और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

M.B.B.S N.S
Gold Medalist
(Name of the Candidate with Stamp)
Reg. no. T/1435

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यामी हस्ताक्षर 2

Defunct

here