

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K/0723/0411 APPLICATION DATE : 26/07/23
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BRIHASPATI MUNDA AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68 SEX लिंग : F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JHORA MUNDA
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR PASCHIM JELIAKHALI, VARDUBI KACHARI
PARA, NORTH 21 PARGANAS, 743320, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable).
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मानें हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / ☒
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 के साथ सम्बन्ध
1.	BRIHASPATI MUNDA	68	F	SELF
2.	SRIDHAR MUNDA	39	M	SON
3.	ANITA MUNDA	35	F	DAUGHTER
4.	SEFALI MUNDA	31	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे गर्व विवर्तित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन दृवी 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 लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना पड़े):

- 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 बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून अनुसार पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग अभी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भरी जा रहा है, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रो/प्राइवेट/पीएलसी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा करना)

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 अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने नामों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दर्जित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, टीए, चिकित्सा या दवा उद्देश्य से पूरी पत्रिकाओं और इलेक्ट्रॉनिकों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण जो इलाज के चढ़ाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करना)**

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 जा से हमारे/हमारे की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिस-हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में लगे या जो रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन इस के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनियमन अधिकृत/समर्थन हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण प्राप्त होगी/प्राप्त करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की जांच जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 26/11/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of the Doctor with Stamp) शास्त्रिक चिकित्सा विशेषज्ञ	OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARAYOGI EYE INSTITUTE
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2