

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	K/0723/0430	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	30/07/23
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	KAMALA PODDER	AGE-YEARS आयु-वर्ष	58
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्रपति का नाम	KALIPADA SAHA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता			
SARADAPALLY, ASHOKENAGAR KALYANGARH, NORTH 24			
PARGANAS, 743222, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पता			
— AS ABOVE —			



OCCUPATION व्यवसाय	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. पैन संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें कि इस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	KAMALA PODDER	58	F	SELF
2.	SANJAY PODDER	62	M	HUSBAND
3.	MOUSUMI SUR	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महंगा रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आधारित वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (IOL + 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 यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कवर असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बिमा कंपनी से प्राप्त किया जा सके और मैं भी अधिक से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत होकर, मैं (अर्शक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी कार्यवाही" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एक व्यक्ति, एक संस्था या इस उद्देश्य से दूर की गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मैं इस प्रकार की करने या कराने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी जा रही है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं, उनके द्वारा सहायता का उपयोग नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एक व्यक्ति या संस्था का निर्णय अंतिम और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआ का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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, हस्पताल की ओर से सम्बन्धित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्था/संस्था से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और संस्था/संस्था से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता किन्हीं गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने चर्च की गयी निम्नकारी रोगी एवं हस्पताल की ओर और "कोशिका" की ओर पुष्टि या निम्नकारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख**Dr. Shibapras Das****M.B.B.S.M.S**

(Name of Doctor with Stamp)

Reg. no. 71035 तारीख 1

OPTIM ADVISORY DAS(Name, Designation of Authorised Signatory
of Hospital)**SANKARA JYOTI HOSPITAL****FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(नाम के हस्ताक्षर)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(नाम के हस्ताक्षर)


