

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/0823/0431

APPLICATION DATE: 01/08/23

NAME of APPLICANT: PUTUL BIBI

AGE-YEARS 59

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

AMUD ALI MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

GANIMA ROAD, MALLICKPORE, SOUTH 24
PARGANAS, 700145, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर एंटर हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)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 के साथ संबंध
1.	PUTUL BIBI	59	F	SELF
2.	SEKH SAJED	64	M	HUSBAND
3.	SEKH PAPPU	35	M	SON
4.	SURANYA KHATUN	33	F	DAUGHTER
5.	JAHANARA BEGUM	28	F	DAUGHTER
6.	TARA BIBI	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशंड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सत्य 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 मर्ने विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/पुष्टि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIOL + 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 की 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 चोपला बताई हैं कि इस प्रारूप में दिने गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण जब कभी असत्य पाया जाएगा तो मेरी साक्ष्य निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायक शक्ति "कोर्टिका काउन्सेलर", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग सभी दस्तावेजों को पूर्णतः सत्य माना जायेगा, जो इस प्रारूप में बना गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक से मैं यह प्रार्थना कर रही हूँ, उस शक्ति का तादृशिक या समकाल विराम किया अन्य दस्तावेजों/समय/विवरण के साथ किया है और मैं भी अधिसूच में सूचित।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 Keshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने उत्तरों में आपने जो तर्क लगाए हैं, वे (आवेदक) अपने साक्ष्यों की वृद्धि करते हैं। "कोशिका पाउंडेशन और उसके छात्रों" को अधिकृत कहा है कि वे सत्य, सच्चा, सही और वे विचार इस प्रश्न में अधिक हैं, जब "कोशिका" प्रत्यक्ष रूप से डॉ. ब्रिगेस/यू टर्नर/उद्देश्य से शुद्ध गतिविधियों और प्रतिक्रिया के लिए जिम्मेदार प्रत्यक्ष रूप से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न को विचार में उत्तर को पहले से बाद में करने के लिए "कोशिका पाउंडेशन" से प्रत्यक्ष अधिकृत है।
- 2) वे (आवेदक) इस बात से प्रभावित हैं कि वे सत्य, सच्चा, सही और विचारों को उद्देश्य से प्रमाणित हैं। प्रमाणित करने के लिए नहीं प्रमाणित। इस संबंध में "कोशिका" प्रत्यक्ष रूप से प्रमाणित का निर्णय और साधकरी होगा।

आपका कोई हमलावा या संगठन का विचार

Printed By B.

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiya 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 अर्थिक, इलाक़ी की ओर से नामले/रंगी को "कोलिका फाइब्रोसिस" के कारण मारकात हुए निवारण को करती है, जिसे हम (हमला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त को उच्च रेटिंग/मार्केट में लेगी या सख्त है, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से मिशनरिय/धार्मिक दल को सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता किसी धार्मिक/धार्मिक हेतु प्रत्युत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इंग्लिश मरर उच्च रेटिंग/मार्केट हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से भी यह सहायता कोष विविध इच्छा को है। लेगी या इस्पताल द्वारा ही गई सहायता या बिना गैर उच्च रेटिंग/मार्केट का चुनाव लेगी एवं इस्पताल में बीच का विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में लेगी के इच्छा सुरक्षा और अन्य जाने को भारी जिम्मेदारी लेगी एवं इस्पताल को लेगी और “कोशिका” को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

01/08/2023

Dr. Shibashis Das
M.B.B.S. M.S.
(Name of the Doctor with Stamp)
Reg. no. 74035

OPTIONAL ATTACH DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKARAYOGI HOSPITAL

अन्योन्य उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: हस्ताक्षर 2

Exempel

lieve