

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No.: K/1023/0667 APPLICATION DATE: 01/10/23
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: DRAUPADI ADHIKARI AGE-YEAR: 76 SEX: F
 आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOBINDA ADHIKARI
 पिता/कन्या का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DURGAMANDAP, NORTH TWENTY FOUR
 वर्तमान निवास पता

 PARGANAS, 743446, WEST BENGAL
 स्थान/पिन कोड, राज्य

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —
 स्थायी निवास पता

 OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)
 व्यवसाय

 TOTAL ANNUAL INCOME: 1000X12=12000 (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (आय का संचयन)

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 सम्बन्ध
1.	DRAUPADI ADHIKARI	76	F	SELF
2.	SANKAR ADHIKARI	52	M	SON
3.	KINKAR ADHIKARI	49	M	SON
4.	KARNA ADHIKARI	41	M	SON
5.	BANGADHAR ADHIKARI	41	M	SON
6.	SRIDHAR ADHIKARI	38	M	SON
7.	JASAMATI ADHIKARI	35	F	DAUGHTER
8.	SRIMATI ADHIKARI	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यरीबी 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) दरभोक्ता 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 + TOR)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का हूँ। उम्मीद करता हूँ कि उम्मीद की पूर्ति के लिये किये जायेंगे, जो इस आवेदन में मांगे गए हैं।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन को गढ़ा है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसार, प्रकाश/या दूसरे माध्यम से लुई प्रचारित/या जो प्रकाशित/या जो प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे आवेदन का निष्पत्ति मेरे इलाज के खर्चे का खर्च से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायोपक्ष है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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.
- इससे अधिकृत, इस आवेदनक को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) जो कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से लेना रोपी/मान्यते में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किरति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रपत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किरति अतिरिक्त/कमल हेतु मन्तु की किरिया जाता है तो हस्पताल किरती अन्य भी सारकारी संस्थान या किरती अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चर उक्त रोपी/मामले हेतु किरती और सारकारी संस्थान या किरती अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किरिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किरती प्रकाश का कोई सम्बंध नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उत्तम सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई शुभिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

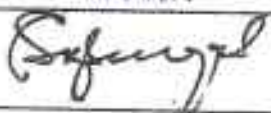
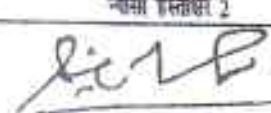
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/10/23	Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर प्रमाण पत्र	OPTIM AVAROR DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR HOSPITAL डॉ. शिबाशिस दास के द्वारा सिफारिश
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

सामरिक उपयोग हेतु

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