

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1123/0796**
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE **02/11/23**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **JHANTU HALDER**
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS **64** जन्म-वर्ष
 SEX **M** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **HARAN HALDER**
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
NAJANAPUR USTH SOUTH 24 PARGANAS
WEST BENGAL - 743375

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**

- AS ABOVE -



OCCUPATION : **FARMER**
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **2000x12 = 24,000/-**
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बन्ध
1.	JHANTU HALDER	64	M	SELF
2.	SUJAY HALDER	42	M	SON
3.	SANJAY HALDER	36	M	SON
4.	JAYANTI HALDER	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) करभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE - (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् 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 यथासंभव सचता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पत्र वाचक को सत्य प्रमाण प्रदाय करता है जो मेरी सहायता निरस्त कर सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से नहीं जा रहा हूँ, क्योंकि उपरोक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से इस राशि में मदद नहीं मिलेगी।
- 3) मैं यथासंभव सचता है कि मैंने भविष्य में भी इस राशि का उपयोग या सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् द्वारा करण)

- 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 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 अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् अन्य, दूर, संचार/वाचक द्वारा उपरोक्त से सुदूर परिधि/विशेषों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपरोक्त से प्रेषित है सुदूर तक: सहायता का इच्छा नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थात् के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 this matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यथासंभव रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्ताक्षर) विना प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से लक्ष्य रोगी/रोगिणी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनयित उद्देश्य के अन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनयित अधिकृत/सहायता हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उद्देश्य रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप द्वारा ही नहीं किया जा सकता है किन्तु रोगी/रोगिणी का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा, सुझाव और करने करने को सही निर्णयदात्री रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकूल या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख</p> <p>03/11/23</p>	<p><i>Dr. Shibankis Das</i> M.B.B.S.M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र</p>	<p><i>OPTOM. ANANTA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKAR HOSPITAL हस्ताक्षर एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात् उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृवर्ग 1</p> <p><i>Safaraj</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृवर्ग 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--