

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1123/0801
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 08/11/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PROMILA ROY
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ATUL KRISHNA ROY
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ROSHNI ARDHANANDA SARANG NORTH EAST NAGAPADA
P.O. NAGARHAT NORTH 24 PGS KOL-700125

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदाय आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	PROMILA ROY	70	F	SELF
2.	ATUL KRISHNA ROY	77	M	HUSBAND
3.	JAGAT ROY	43	M	SON
4.	SRIKANTA ROY	40	M	SON
5.	SUPRIYA ROY	36	F	DAUGHTER
6.	MAVA RANG ROY	33	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) नरीची 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) उपभोग्य 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 - LE
2.	SURGERY - LE - (CSPRS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिये गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुता योग्यक पर:

- 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 कबल हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रत्येक कथन सत्य सत्य है तो मैं सहायक विरक्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सहायक की "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पर्यक्त है।
 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि किस सहायक हेतु यह आवेदन की गई है, उस मदद का अतिरिक्त या अलग सहायक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हुता करत)

- 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोग की पूर्ण कबल हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, जन, सहायक दुसरे उद्देश्य से कुछे प्रचारितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका जो विवरण मैं सहायक के लिये या अदर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य: सहायक का इच्छा नहीं बदला। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् अन्य न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हुता करत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की अंदर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उन्हा रोगी/रोगीयों से लीं या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिष्ठा उन्हा से सहायक में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विरक्त अतिरिक्त/अलग हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस कृति में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक द्वितीय सहायक उन्हा रोगी/रोगीयों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेने।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायक या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निम्न है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को रहेगी और "कोशिका" को कोई भुविष्य या विरक्त/प्रतिष्ठा इस सहायक में नहीं लेने।

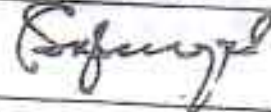
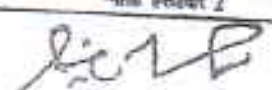
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/14/23	Dr. Subinshu Das M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. सुबिन्शु दास का डॉ. रजिस्ट्रेशन नं. के साथ	OPTOM ANIRUDDH DAS Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. ए. ए. हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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