

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1123/0802 APPLICATION DATE : 08/11/23  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RENU BALA DAS AGE-YEARS 70 SEX F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BADAL CHANDRA DAS  
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS 11/14 DUMDUM ROAD SINHA CROSSROAD H.O  
KOLKATA, WEST BENGAL - 700002  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 x 12 = 48000  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाली संलग्न

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

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.	<u>RENU BALA DAS</u>	<u>70</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>BADAL CHANDRA DAS</u>	<u>74</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>DILIP DAS</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>PRADIP KUMAR DAS</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
5.	<u>DIPAK DAS</u>	<u>36</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र जो साथ चिह्न संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र जो साथ चिह्न संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र जो साथ चिह्न संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे क्या निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>
2.	<u>SURGERY - LE - (SIPAS + IOL)</u>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से ली जा चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** उम्मीदवार द्वारा बंधनक वाक्य:-

- 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 बंधनक करता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझक एवं कथन असत्य पाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से यहाँ बंधनक करता हूँ, कि प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने के लिए ही उपयोग की जा सकती है।  
 3) मैं यहाँ बंधनक करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि का अधिकतम या अधिकतम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (उम्मीदवार द्वारा करता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (उम्मीदवार) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासीयों, राज, चक्रवाचक द्वारा इन्टरनेट से सुदूर नोडिफिकेशन और उपलब्धियों के शिर्षक प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या कभी भी करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (उम्मीदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस माध्यम में "कोशिका" एम्प्लू इन्फो न्यासीयों का निर्माण अधिकृत और सहायकारी होगा।


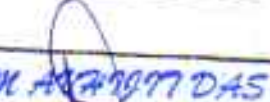
**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
उम्मीदवार को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



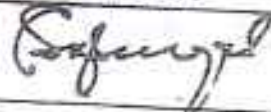
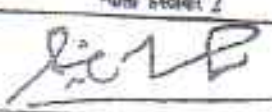
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से सत्यापन व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तारित/विनती उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असंभव हेतु पंजी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करना है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही गये सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का बर्धन प्रदान नहीं है। इच्छित उपचार में रोगी के हितों का ध्यान रखा जाये जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/11/23	 M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छित रूप में उचित है	 OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA JYOTI HOSPITAL
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

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