

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1123/0803**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **08/11/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **JAYRAM DAS**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **67**

SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्भ का नाम : **NARASIMH DAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

G-HOLA KACHARO ROAD PURBASHA BARASAT NORTH TWENTY FOUR PARGANAS WEST BENGAL - 700124

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय : **MECHANIC**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **7000 X 12 = 84000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएं)

Yes / हाँ / No / 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.	JAYRAM DAS	67	M	SELF
2.	FUL KUMARI DAS	61	F	WIFE
3.	ABHA DAS	34	F	DAUGHTER
4.	SUNITA DAS	20	F	DAUGHTER
5.	SANGITA DAS	2-8	F	DAUGHTER
6.	AKRASH DAS	24	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन करत:

- 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.
 - 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.
 - 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) मै यहाँ कहत हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कोई झिंझक एवं धपस काया पाया जाता है तो मेरी सहायक निम्न की जा सकती है।
 2) मैं इस बात का यकीनपूर्वक "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ कहत हूँ कि मैं इस सहायक से जो मदद मांग रहा हूँ, उस राशि का जमाका या सकारात्मक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हुन करत)

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 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 प्रश्न का जवाब देना कि मैं यहाँ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोग को पूर्ण करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कॉशिका" द्वारा यात्रा, पत्र, साक्षात्कार, दूरदर्शन से नए कार्यक्रमों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी सहायक के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से यात्रा अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्ण रूप से सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हुन 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 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 the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/होपिटल को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सकारात्मक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा भेद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तित नही/सहायक हेतु भुक्त नही किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सकारात्मक स्रोत या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इतिहास पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सकारात्मक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नही लेगा/लेगी।
 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायक के लिए वित्तित प्रकृति की है। संश्लेषण हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या फिर नही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई वित्तीय या विधायक इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/11/23

Dr. Shibank Das

M.B.B.S. M.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व संश्लेषण सं. 2

OPTIMA HOSPITAL DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital)

SANKAR HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

(Handwritten Signature)