

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1123/0805 APPLICATION DATE: 08/11/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUMITRA PARUI AGE-YEARS 60 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANNSI PARUI
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SADARPUR BEHALA NORTH 24 PARGANAS SODARPUR WEST BENGAL - 743445
वर्तमान आवास का पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -
स्थायित आवास का पता



OCCUPATION: FLORIST MARRIED (वियोजित) / UNMARRIED (अवियोजित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 1800 X 12 = 21,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खोजा 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 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 से संबंध
1.	<u>SUMITRA PARUI</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SANNSI PARUI</u>	<u>69</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>JAYDEB PARUI</u>	<u>39</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>BOSHUDEB PARUI</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
5.	<u>SABITA PARUI</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
6.	<u>NOBIMTA PARUI</u>	<u>23</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
7.	<u>SARNA PARUI</u>	<u>19</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए निम्नों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED तो यह प्राप्त करी

DECLARATION by APPLICANT: उपरोक्त द्वारा घोषणा पर:

- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य असत्य घोषणा करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात को सहायता प्रति "उद्देश्य" का उद्देश्य, से सही वादा करता हूँ, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में दया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

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.

- इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दवा, चमकी, चम, चमकी/चमकी द्वारा उद्देश्य से पूर्ण प्रतिष्ठितियों और व्यक्तियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण भी इसका उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है, पूर्ण रूप से सहायता का प्रकाश नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दवा, चमकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और अविरोध योग्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

- हमारे अतिरिक्त, हमारे अंगूठे की छाप से आपकी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निराश्रयता से मान्य व स्वीकार करते हैं। यदि हम (हॉस्पिटल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी को देने या लेने के हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निराश्रयता/निरस्त हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संचालन या किसी अन्य संचालन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य संचालन से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या अस्पताल द्वारा की गई सहायता या निर्णय गले उपचार/चिकित्सा का चुनाव लेने का अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल वे रोगी के इलाज चुनाव और करने करने की पूरी जिम्मेदारी लेगी एवं अस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery कार्यक्रम की तारीख</p> <p>08/10/23</p>	<p><i>Dr. Shibanshu Das</i> M.B.B.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTIM ARUNOT DAS</i> Senior Resident/Visitor (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA JYOTI HOSPITAL जून से जून हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--