

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1123/0821
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/11/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BASANTI DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
78

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIRALAL DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

LALPUR NATION HALL CHAKSAHA, NADDA SANVAICHAJ
WEST BENGAL - 741222

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000x12 = 36000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाली रखें

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

Yes / No
हां / 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 संबंध
1.	BASANTI DAS	78	F	SELF
2.	HIRALAL DAS	82	M	HUSBAND
3.	UTTAM DAS	55	M	SON
4.	GOUTAM DAS	51	M	SON
5.	PURNIMA DAS	49	F	DAUGHTER
6.	PRATIMA MONDAL	46	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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.	DIAGNOSTICS - CATARACT - LE -
2.	SURGERY - LE - (SICS + IOL)

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 जो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करत:

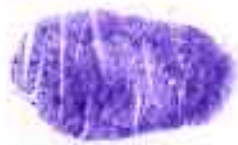
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य तथ्य अथवा सहायता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह आवेदन कर रहा हूँ, इस राशि का वापस या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)

- 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.
 - 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 अंगुष्ठ का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" को उसका "उद्देश्य" को अधिष्ठाता करत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, एन. एम.एस.ए.ए. द्वारा उद्देश्य से सुझाए गए उद्देश्यों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे प्रारूप में घोषित है और मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं पूर्ण रूप से सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान



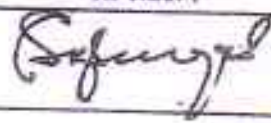
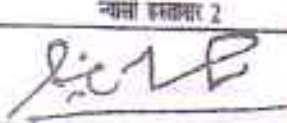
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

- 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:
- 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.
 - 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 अधिष्ठाता, हस्ताक्षर को और से नाम/पंजी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विले हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त रोगी/रोगी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनागी अधिष्ठाता/संस्थान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा कौनो अन्य वै. सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा कौनो अन्य स्रोत उक्त रोगी/रोगी हेतु कौनो और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो रोगी/रोगी का निर्णय नये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कौनो प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुक्त और अपने जाने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रारूप में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/23	 M.B.B.S, M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) उपचारित चिकित्सक का नाम एवं पंजीकरण नं. के साथ	 OPTOM ANAMOLI DAS Senior Assistant Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद/उपस्थिति अधिष्ठाता
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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