

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.: W/1124/1630		APPLICATION DATE: 02/11/2024	
NAME of APPLICANT: SABITA DAS		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABINDRANATH DAS		64	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
CHANDAL, NORTH 24 PARGANAS 743456			
WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
— AS ABOVE —			

OCCUPATION : व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	4500x12 = 54,000/-	(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)
PAN No. स्थाई 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 लगाएं)		
Yes / No हा / 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 सम्बंध
1.	SABITA DAS	64	F	SELF
2.	RABINDRANATH DAS	60	M	HUSBAND
3.	JAYANTI DAS	37	F	DAUGHTER
4.	JAYASRI DAS	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICST 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

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 KashiKâ 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 जाहगिरा करता हूँ कि इस दायर में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की गयीयह राशि "कौशिक फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उक्त राशि का उद्देश्य मेरी भूमि के लिये किया जायेगा, जो इस दायर में पट गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध हूँ कि इस सहमति पत्र पर दायरगी की गई है, इस राशि का अधिक या कमल हिस्से किसी अन्य संस्था/व्यक्ति/व्यक्तियों को नहीं दिया है और न ही भविष्य में दिया।

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/post-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 प्रश्न पर अपने हस्तक्षेप का अंगरेजी को साप सगाकर, मैं (आवेक) अपनी छायाति को मुद्र करवा हूँ एवं "कोसिका काउडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाप, कोटी और को विवरण इस प्रश्न में बोधित है, उसे "कोसिका" प्रथम न्यासी, राग, भाष्यक या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी नतिविधियों और उच्छाब्धियों को तिले बिनी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न को पाले या बाद में करने को लिए "कोसिका काउडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पाप, कोटी और विवरण जो कि सहायक को उद्देश्य से अधिकृत है जुड़े स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोसिका" प्रथम उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सापेक्ष के हस्ताक्षर या संगठन का निशान



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, हमाराही को और से मामलेही को "कानिना काउन्सिल" से किरिय धरायल हेतु प्रभावित को जली है, जिसे इय (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वॉरसन और न ही अंधियम में विविध संस्थाएँ किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में रंगे या ले रहे हैं। यही कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से सिपागिश/विप्लि उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदद हेतु कि है। यही “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा संस्थाएँ विप्लि अशिक्षा/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित उखात है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विप्लि मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2.) “कोशिका फाउन्डेशन” से ली गई सहायता संबंध विप्लि प्रकृति की है। रोगी या हमसल द्वारा ली गई मदद या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसल को बीच का विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसल में रोगी के इच्छा मुक्ता और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसल को होगी और “कोशिका” को कोई भुक्तिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सहीकाली के लिए संयोजन

02/11/2024

Director
M.B.B.S, M.S (Gold Medalist)
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नमः त्वं सर्वं हस्मन्ताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायसिद्धांतस्य ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर १