

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: W/1124/1630

APPLICATION DATE: 02/11/2024
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: SABITA DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS ज्ञाप-वर्ष: 64 | SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABINDRANATH DAS
पिता/चतुर्पंथ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वरीगल जाकासीय चता
MHATTAJ, NORTH 24 PARGANAS 733953,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जाकासीय चता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

4500X12 = 54,000/-

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

PAN No. संख्या संख्या

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

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS संरक्षण 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.	<u>SABITA DAS</u>	<u>64</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>RABINDRANATH DAS</u>	<u>70</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>JAYANTI DAS</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
4.	<u>JAYASRI DAS</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेखा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये जाने वाली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS → CATARACT → RE</u>
2.	<u>SURGERY → RE (SICST IOL)</u>
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	
39.	
40.	
41.	
42.	
43.	
44.	
45.	
46.	
47.	
48.	
49.	
50.	
51.	
52.	
53.	
54.	
55.	
56.	
57.	
58.	
59.	
60.	
61.	
62.	
63.	
64.	
65.	
66.	
67.	
68.	
69.	
70.	
71.	
72.	
73.	
74.	
75.	
76.	
77.	
78.	
79.	
80.	
81.	
82.	
83.	
84.	
85.	
86.	
87.	
88.	
89.	
90.	
91.	
92.	
93.	
94.	
95.	
96.	
97.	
98.	
99.	
100.	
101.	
102.	
103.	
104.	
105.	
106.	
107.	
108.	
109.	
110.	
111.	
112.	
113.	
114.	
115.	
116.	
117.	
118.	
119.	
120.	
121.	
122.	
123.	
124.	
125.	
126.	
127.	
128.	
129.	
130.	
131.	
132.	
133.	
134.	
135.	
136.	
137.	
138.	
139.	
140.	
141.	
142.	
143.	
144.	
145.	
146.	
147.	
148.	
149.	
150.	
151.	
152.	
153.	
154.	
155.	
156.	
157.	
158.	
159.	
160.	
161.	
162.	
163.	
164.	
165.	
166.	
167.	
168.	
169.	
170.	
171.	
172.	
173.	
174.	
175.	
176.	
177.	
178.	
179.	
180.	
181.	
182.	
183.	
184.	
185.	
186.	
187.	
188.	
189.	
190.	
191.	
192.	
193.	
194.	
195.	
196.	
197.	
198.	
199.	
200.	
201.	
202.	
203.	
204.	
205.	
206.	
207.	
208.	
209.	
210.	
211.	
212.	
213.	
214.	
215.	
216.	
217.	
218.	
219.	
220.	
221.	
222.	
223.	
224.	
225.	
226.	
227.	
228.	
229.	
230.	
231.	
232.	
233.	
234.	
235.	
236.	
237.	
238.	
239.	
240.	
241.	
242.	
243.	
244.	
245.	
246.	
247.	
248.	
249.	
250.	
251.	
252.	
253.	
254.	
255.	
256.	
257.	
258.	
259.	
260.	
261.	
262.	
263.	
264.	
265.	
266.	
267.	
268.	
269.	
270.	
271.	
272.	
273.	
274.	
275.	
276.	
277.	
278.	
279.	
280.	
281.	
282.	
283.	
284.	
285.	
286.	
287.	
288.	
289.	
290.	
291.	
292.	
293.	
294.	
295.	
296.	
297.	
298.	
299.	
300.	
301.	
302.	
303.	
304.	
305.	
306.	
307.	
308.	
309.	
310.	
311.	
312.	
313.	
314.	
315.	
316.	
317.	
318.	
319.	
320.	
321.	
322.	
323.	
324.	
325.	
326.	
327.	
328.	
329.	
330.	
331.	
332.	
333.	
334.	
335.	
336.	
337.	
338.	
339.	
340.	
341.	
342.	
343.	
344.	
345.	
346.	
347.	
348.	
349.	
350.	
351.	
352.	
353.	
354.	
355.	
356.	
357.	
358.	
359.	
360.	
361.	
362.	
363.	
364.	
365.	
366.	
367.	
368.	
369.	
370.	
371.	
372.	
373.	
374.	
375.	
376.	
377.	
378.	
379.	
380.	
381.	
382.	
383.	
384.	
385.	
386.	
387.	
388.	
389.	
390.	
391.	
392.	
393.	
394.	
395.	
396.	
397.	
398.	
399.	
400.	
401.	
402.	
403.	
404.	
405.	
406.	
407.	
408.	
409.	
410.	
411.	
412.	
413.	
414.	
415.	
416.	
417.	
418.	
419.	
420.	
421.	
422.	
423.	
424.	
425.	
426.	
427.	
428.	
429.	
430.	
431.	
432.	
433.	
434.	
435.	
436.	
437.	
438.	
439.	
440.	
441.	
442.	
443.	
444.	
445.	
446.</	

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित द्वारा घोषणा करता है।

- 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.
- 4) मैं आवेदक कहता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण ऐसी बनाए रखी के अनुसार सच्च एवं जाती हैं। मगर काहे विवरण एवं कार्यवाची जल्दी जाता है तो मेरी जाहाजी नियमों की वजह से है।
- 5) मेरे द्वारा जो मान्यता है कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में घट गया है।
- 6) मैं नुचिक करता हूँ कि इस जाहाजी है कि आवेदक का अधिकार या महत्व दिस्ते रूप से अन्य स्थानिकीयों की जाहाजी से न हो लिया है और वही जीवन में भी है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 दस्तावेज़ पर आवेदक हमारी जाहाजी की जाप सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत जराता हूँ कि मेरा नाम, पता, जोड़े और जो विवरण इन प्राप्ति में जापिया है, उसे "कोशिका" द्वारा जापानी, दान, वाचकाया दूसरी डर्टेंशन से जुड़ी नियमितीयों और इच्छावितीयों के लिए जिसी भी जाहाजी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रबन्ध का विवरण मेरे इसावधि के बहावे का बहाव में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने जापानी जापिन्हर है।

2) मैं (आवेदक) इस चाप से जाहाजी हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि जाहाजी के डर्टेंशन से जापिया है नुचिक स्वयं जाहाजी का हकदार नहीं जाहाजी। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का विवरण अनियंत्रित और अव्यवहारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हाथाता या लंगूर का लिया



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा कराया)

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.

इसी अधिकृत हमारी जीवनी में आमले जाने वाली "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जाहाजी हैं जिनमें इप (हास्पातल) निम्न प्रकार के बाब्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न योग्य वासिन और न ही व्यायाम में विविध जाहाजी किसी ने जापानी संस्कृत या विविध अन्य जापानी से जापानी/यामाने में लिखे गए जो तो हैं, विसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उपकरण के जाम्बवान ने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याद द्वारा किया है। यदि, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी विविध विविध वासिकानाकाल हैं तो हमारा जिसी अन्य जापानी याकानी यामाना या विविध अन्य जाम्बवान से जाहाजी लेने का अधिकार मुख्यतः जापान है। इस पुष्टि में न्याय कहा जाता है कि अम्बलान द्वितीय वर्ष उक्त यामाने हैं जिसे गैर जापानी-यामाना का विविध अन्य जाम्बवान में नहीं संख्या/लिखी है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लौटे एवं जाहाजी के विविध प्रकृति की है। योगी या हास्पातल द्वारा दी गई महाव या विविध गंभीर प्राप्तियां का नुसार योगी एवं हास्पातल के दोनों का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ज्ञान का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हास्पातल में दोनों के इच्छाय सुझाव और आवेदक की जापानी विविध योगी एवं हास्पातल की योगी और "कोशिका" की जापानी या विविध जापानी द्वारा जाहाजी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

काहे करते के लिए लंगूर

Date of Surgery अंगैरेशन की तारीख <i>02/01/2024</i>	D.S. Director M.B.B.S, M.S (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regd. No. in M/S stamp) हास्पातल की नाम व हस्ताक्षर व उक्ति	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व वर्त हास्पातल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवेदक दर्शया है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2