

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1124/1831 APPLICATION DATE: 02/11/2024
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DHANANJAY MAHATO AGE-YEARS जन्म-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 54 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JUDHISTHIR MAHATO
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
ISAYARMARI, MATHBARIABAD, MINAKHAN,
NORTH 24 PARGANAS JARAIK, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: FRUIT SHOP MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500X12 = 54,000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई छाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए) 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 साथ सम्बन्ध
1.	DHANANJAY MAHATO	54	M	SELF
2.	PUKUMA MAHATO	49	F	WIFE
3.	KRISHNA MAHATO	23	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता 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 मूकों संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने दृढ़ता से घोषणा की है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पूरा प्रबंधन नहीं कर रहा हूँ, इस रोग का चिकित्सा या सहायता (हिसा) किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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/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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रुस्टीयों, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का चिकित्सा मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से त्रुस्टीयों को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सामंजस्यपूर्ण को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पिनित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पिनित अशुभ/असफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या कितने गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और उसे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ लेने एवं हस्ताक्षर को होगा और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>02/11/2024</p>	<p>Dr. Sumanjit Singh Director M.B.B.S, M.S (Orthopaedics) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डायरेक्टर की नाम व हस्ताक्षर के लिए, व</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जननीक उपयोग हेतु

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