

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/1124/1287 APPLICATION DATE : 21/11/24
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHASHADHAR SENAPATI AGE-YEARS : 61 SEX : M
 आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RABI SENAPATI
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 6 NO PARA, JELIAKHALI PASCHIM KHANDA, SANDESHKHALI - II, NORTH 24 PARGANAS, NA3329 WEST BENGAL
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
 स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : CARPENTER MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4500X12 = 54,000/- (Attach Proof of income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. : XXXXXX

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 लगाएं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHASHADHAR SENAPATI	61	M	SELF
2.	SATIBALA SENAPATI	58	F	WIFE
3.	KAUTAM SENAPATI	39	M	SON
4.	DEBU SENAPATI	31	M	SON
5.	TOVDEB SENAPATI	29	M	SON
6.	JYOTSNA MONDAL	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु विधि राशे विवरी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/पत्र सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पुरानी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 यथासंभव सत्य हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी मददगार विषय को खारिज कर सकता है।
 - मैं गंभीरता से सहायता को "उद्देश्य" के रूप में घोषित करता हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
 - मैं यथासंभव सत्य हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रमाण को पूरा करने के लिए, इस प्रमाण को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करने के लिए नहीं किया है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता है कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा उपयोग में लाने/प्रकाशित करने और/या "कोशिका फाउंडेशन" के विषय में जानकारी के लिए विज्ञापन के लिए अधिकृत है।
 - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग में लाने/प्रकाशित करने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" प्रेषित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the medicine/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.
- इसमें अधिष्ठाता, हस्ताक्षर को जोड़ने से सहायता/उपरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार करता है, कि वह (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान से अन्य स्रोत से नहीं करता है।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में हमें या नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिकांश/पूर्ण रूप से मंजूर नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हॉस्पिटल द्वारा मंजूर किया गया उपचार/उपचार हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा की गई उपचार या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के रोगी को उपचार प्रदान और अपने कार्य को जारी रखने/प्राप्त करने के लिए हॉस्पिटल को उत्तरी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/11/24	Director M.B.B.S. (General) (Medical) Specialist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका व पता	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद के साथ हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक द्वारा किया गया	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक द्वारा किया गया