

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/1124/1298	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 25/11/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: SITA BARMAN	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्या का नाम: SHASHADHAR MONDAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता RAMAPUR, HATGACHHA, HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS 743439 WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्पष्ट आवासीय पता — AS ABOVE —		



OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 4500 x 12 = 54,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)
PAN No. स्पष्ट खला संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगायें):	Yes / No हां / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/> No

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 सम्बन्ध
1.	SITA BARMAN	66	F	SELF
2.	ANIL BARMAN	31	M	HUSBAND
3.	PANCHANAN BARMAN	39	M	SON
4.	BITIKA BARMAN	36	F	DAUGHTER
5.	BITBAKHA ROY	32	F	DAUGHTER
6.	SITARA GHOSH	29	F	DAUGHTER
7.	SUBHANIKAR BARMAN	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशि

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्राचार के माध्यम से प्रकट किया गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है 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 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.
 - 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, मानचित्र/चित्र द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकटित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे स्वतंत्रता के पक्ष में या न करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकटित है, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एन.जी.ओ. के 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये और से समर्थन/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:-
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेनी/पान करने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उम्मा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकतम/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मा लेनी/पान करने हेतु किसी और स्रोत/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के इच्छुक पुराना और अपने जाने को जारी बिलियुटी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुनिया या बिलियुटी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25/11/24</p>	<p>Dr. Suman K. Das Director MHP (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद-हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>