

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 1K/1224/1467 APPLICATION DATE: 19/12/24
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SREEMATI TUKO BARUI AGE-YEARS: 64 SEX: F
 आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANIL BARUI
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PETAJADHANIHATI, MATHABAIABAD, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS -73442, WEST BENGAL
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000 (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. यदि प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान लें उस पर सही का निशान लगाएं) 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 के साथ संबंध
1.	SREEMATI TUKO BARUI	64	F	SELF
2.	ANIL BARUI	29	M	HUSBAND
3.	SAMAR BARUI	36	M	SON
4.	AMAR BARUI	37	M	SON
5.	KINA BARUI	29	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई देखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु जिसे गैर निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपभोग्य/प्रेस्क्रिप्शंस से चर्ची की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STCS K10L)

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 एक ही उद्देश्य के लिए

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य प्रपत्र प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस राशि का कोई भी भुगतान या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एग्न्यू न्यायीयों, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़े कार्यक्रमों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैंने प्रपत्र का निराकरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के उद्देश्य से प्रचारित है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एग्न्यू उद्देश्य न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक से हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप से आगे के भाग/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निराकरण से माया न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी और न ही हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता मिलने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलने के लिए अनुरोध किया जा सकता है। इस पुष्टि के बिना हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि सहायता हेतु अनुरोध करने के बिना हमें वित्तीय सहायता मिलने का कोई भी अधिकार नहीं है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि सहायता के रूप में मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण निष्पत्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एग्न्यू उद्देश्य न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>19/12/24</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>M.B.B.S.M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Design. Mo. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका पत्रिका</p>	<p>0710118 1177045</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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