

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1224/1473

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BHAGABATI MANDAL

AGE-YEARS अनु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

SHATIS BACHAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RADGACHHI BHABJA, NORTH 24 PARGANAS

43456, WEST

BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. रवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 संबंध
1.	MAHABATI MANDAL	54	F	SELF
2.	SANNYASI MANDAL	61	M	HUSBAND
3.	ZAYANTA MANDAL	29	M	SON
4.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BFL Card (Attach Card Copy) महंगाई रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु लिये गये निम्न का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (LICS + 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 लिये गई सहायता राशि



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 विवरण सत्य नमाने अथवा गलत पाया जाए तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से तब तक नहीं हूँ, जब तक कि मेरी मदद के लिए मुझे किसी अन्य स्रोत, न तो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में नहीं हूँ, इस रकम का अधिकतम या कम से कम किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और या ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बेडिंग, प्रिंट, चित्र, चित्रण या अन्य माध्यमों से मुझे प्रचारित करने और जानकारी देने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के लिए प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस शर्त पर कि "कोशिका" एम्बेडिंग न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भविष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से मांग या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च रकम प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया करने के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तुत किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तब तक सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता को देने के लिए आवश्यकता है कि हमारे पास सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/12/24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S

Gold Medalist

Reg. No. 11080

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

OPTIONAL SIGNATURE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Signature