

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building Block of Life.

APPLICATION No.: K/1224/1476

APPLICATION DATE: 20/12/24

NAME of APPLICANT: MADHU DOLUI

AGE-YEARS 77

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KSHUDIRAM DOLUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GNO JELIAKHA

NORTH 24 PARAGAS - 743329 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: BS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. रणार्थ सहाय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MADHU DOLUI	77	M	SELF
2.	RANI	80	F	WIFE
3.	ASTIM	48	M	SON
4.	BASUDEB	46	M	SON
5.	RENU	43	F	DAUGHTER
6.	MAHURI	41	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रती संलग्न करें)	ENS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहायता प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रेस्क्रिप्शंस अटैच 1. DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सहायक प्राप्त होगा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायक यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से रही या नहीं है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, इस सति यह यकीन है कि सहायक किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से सूचीबद्ध करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र पर विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके अधिकारों का निर्णय अधिकार और सहायक को देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



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 घोषणा/उद्देश्य को "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्न सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायक किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कराएगी यदि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायक प्राप्त हो जाएगी। यदि सहायक प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायक को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट पता चलता है कि सहायक निम्न प्रकार से प्राप्त होगी कि सहायक के उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायक या निम्न गैर-उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों को सही विनियमों के अंतर्गत हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/12/24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम एवं पंजीकरण नंबर के साथ मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
स्थायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थायी हस्ताक्षर 2

[Signature]