

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/1224/1477

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/01/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

NIMAI JODDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

SHUBBENDU JODDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

DHOLKHAL KHULNA NORTH TWENTY FOUR PARGANAS

74446 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

VEGETABLE SELLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही बॉक्स निशान लगाएं)Yes / No
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 सम्बन्ध
1.	NIMAI JODDAR	52	M	SELF
2.	ARCHANA JODDAR	48	F	WIFE
3.	PRIYA JODDAR	17	F	DAUGHTER
4.	RINA JODDAR	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	ENS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहाय प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये निम्नलिखित कारण दर्शाएँ

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यनामालय/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सूची संलग्न करें
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 लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी उद्देश्य के लिये सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान की सीमा तक सत्य हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया तो मेरी आवेदनपत्र और सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी रूप में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की रकम प्राप्त नहीं करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण इस प्रारूप में प्रेषित कर रहा हूँ, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या किसी भी माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जिससे कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्राप्त हो सके।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण के बिना सहायता के उद्देश्य से प्रेषित की गई सहायता का स्वीकार नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की मुद्रा

निताश दास

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम इस रोगी/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हम अपने अधिकारों का उपयोग करके सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का प्रयास नहीं करेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

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 व पंजीकृत नंबर

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Das