

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1224/1478 APPLICATION DATE: 20/12/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : CHANDRANATH NANDA AGE-YEARS आवे-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 72 M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
50-D.D. MONDAL GHAT ROAD, KOLKATA - 700076 WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता
A5-ABOVE



OCCUPATION : FRUIT SHOP
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000X12 = 36,000/- MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जन्मिपाहित)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रणार्थ साक्ष्य 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 लगावे)

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 से साथ सम्बन्ध
1.	CHANDRANATH NANDA	72	M	SELF

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नित कारण

BPL Card
(Attach Card Copy)
भारतीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की सहाय प्रति संलग्न करें)

ENS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की सहाय प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोग्यता कार्ड
(प्रमाण पत्र की सहाय प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्नित गरी निम्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेख सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (L.E)
2.	SURGERY - L.E (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यतः

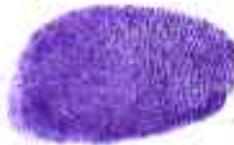
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, futile for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूपन गलत प्रमाण प्रदान है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रश्न में पता चला है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में पूर्ण रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकृति)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृत्व" को जन्म देता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, जो "कोशिका" एम्प का है, जो, सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी जानकारी और विवरणों को अपने किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न पर विवरण में सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को प्रसारित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर करने के लिये इस उद्देश्य के लिए "कोशिका" एम्प उद्देश्य के लिये या निर्णय लेना और सहायता लेना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता प्रदाता से सहायता प्राप्त करने का कोई उद्देश्य है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य सहायता प्रदाता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट रूप से कहा है कि सहायता प्रदान करने के लिये हमें सहायता प्रदाता से सहायता लेने का कोई उद्देश्य नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच ही किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और सही करने का पूर्ण जिम्मेवारी होती है। हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/12/24</p>	<p><i>Dr. Shikhar Singh</i></p> <p>M.B.B.S.M.S. Gold Medalist Reg no 71015</p> <p>(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ च</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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