

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1224/1487

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

GANAPATI PANDIT

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

66

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SHRIMANTA PANDIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GHOSHAPUR GHOSHAPARA
NORTH 24 PARGANAS 743440
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45000 X 12 = 540000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय 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 / 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 क्या सम्बन्ध
1	GANAPATI PANDIT	66	M	SELF
2	PALEUNI PANDIT	57	F	WIFE
3	MAITHONITA	37	F	DAUGHTER
4	SUCHARITA	31	F	DAUGHTER
5	SOURENDU	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

साथ नाम की प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DIAGNOSIS - CATARACT - RE

SURGERY - RE - (SIGS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्त्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

सी गई सहायता राशि

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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई व्यक्ति एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रमाणित निन्दा को या समझो।
- 2) मैं दामाद का सम्बन्ध नहीं "कोईकल सम्बन्ध" है, वे सीता का नहीं है, बल्कि उपरोक्त सभी व्यक्तियों की पूर्ति के लिए विश्व बापदेव, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुनि कहता हूँ कि जिस सामग्री से मुझे जानकारी थी वह सही है, उस वृत्ति का संश्लेष वा समस्त विवेक मिलते-जुलते सब साक्षरों/विद्वानों/अध्येतों से न हो सिवा ही और न ही किसी में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 fulfilment 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परामर्शण और उसके नकारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एग्नू करता, दान, वापस या दूसरे उद्देश्य से मुझे नौकरियों और नौकरियों के दिने किसी भी प्रकार उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निराकरण में प्रत्यक्ष के फ़ोटो या अन्य के फ़ोटो के लिए "कोशिका परामर्शण" में शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सतत: सहायता का इन्कार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एग्नू उसके नौकरियों का निर्णय अधिकृत और वापस करने देता।

જાહેરનામે હસનામુર ના અંગુઠા ના નિવાસ

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.

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अग्रिम में निर्दिष्ट प्रमाणों के बिना किसी भी प्रकार के अग्रिम के बिना ही, किसी भी (सम्प्रदाय) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करने है।

- [illegible]

सौन्दर्य के लिए संरक्षित

21/12/24

Dr. Shubashis Das

M.B.B.S M.S.
Gold Medalist
(Name and Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ पर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

वह-सी-एक-उपयोग-है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हनुमन्त १

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय ५२

Handwritten signature