

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

K/1224/1492

APPLICATION DATE :

21/12/24

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

NANI GOPAL KIRTANIYA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS वायु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान वास्तवस्थान का

807 AYAY NAGAR MAIN ROAD, SANTOSHIPUR

KOLKATA 700075

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी वास्तवस्थान का

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

SMALL SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

5000 x 12 = 60000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्वयं का आय संचयन

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

क्या आप आय कर दाता हैं (सो मानें जो उस पर सही का निशान लगाने)

Yes / No

हां / 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	NANI GOPAL KIRTANIYA	66	F	WIFE
2	JHARNA KIRTANIYA	58	M	SON
3	GOOTAM KIRTANIYA	35	M	SON
4	GOORANGA KIRTANIYA	38	F	DAUGHTER
5	TUKTUKI KIRTANIYA	31	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	ESSE Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति 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 वास्तवस्थान/उद्देश्य से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	SURGERY - LE - (SECS + 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 ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहाय्य हेतु यह प्रत्यय नहीं भई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकृति)

- 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 प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यय में घोषित है, उसे "कोशिका" एम् एफ डी, चर, सम्प्रदाय, पुरस्कार कार्यक्रम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए सज्जित है। मेरे प्रत्यय का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के अर्जन से संबंधित है, उसके बाद सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम् एफ डी गतिविधियों का निर्माण अधिकृत और सम्भव है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

Dr. Shitash Das

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 घोषित करने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये लेने का प्रयत्न होगा, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु उक्त रोगी/रोग के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य नहीं मिलती तो हमें अन्य स्रोतों से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहाय्य वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहाय्य प्राप्त होगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में बताया गया है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहाय्य प्राप्त होगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/24	<i>Dr. Shitash Das</i> M.B.B.S M.S. Gold Medalist (Name & Right/Signature with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल की ओर से अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार हस्ताक्षर 2
<i>Safar</i>	<i>Dr. Shitash Das</i>