

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

K/1224/1543

APPLICATION DATE:

27/12/24

आवेदन संख्या:

अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SHYAMALI DAS

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

61

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

LATE GOPAL CHANDRA DAS

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

363, NALIN SARKAR STREET SHYAMBAZAR KOLKATA
- 700004 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

FOOD SELLER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

7000 X 12 = 84,000/-

कुल वार्षिक आय

(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 मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	SHYAMALI DAS	61	F	SELF
2.	ISIPAK DAS	36	M	SON
3.	MINA BANIK	29	F	DAUGHTER
4.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण प्रतियां
(प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय और आय का प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)

Any Other

Reason/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1.

DIAGNOSIS - CATARACT (LE)

2.

SURGERY - LE (SIC & POL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED

तो यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्राप्त करता हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्तता से "कोशिका फाउन्डेशन", से सही वा सही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, उस राशि या व्यय या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदनक) अवगत सचिवों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्टाफों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, पत्र, ध्वज, अन्य दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है मुझे स्वतः सहायता का इन्क़दार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम उसके स्टाफों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक को हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

S. Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकृत है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए हम किसी भी अन्य स्रोत से उचित रोगी/रोगी के लिए सहायता से लेने या ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुनिश्चित करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिए किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार इस बात पर निर्भर नहीं करता कि कौन सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और उसे करने को सही निर्णय/उपचार रोगी एवं हस्पताल को लेने और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Shibashita Das

M.B.B.S M.S
Gold Medalist
Reg. no. 71016

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाज का स्थान

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

हम व पर हस्ताक्षर/निशान अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

यात्री हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

यात्री हस्ताक्षर 2

Safaryal

Safaryal