

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. : K/0423/0043		APPLICATION DATE : 09/04/23		
NAME of APPLICANT : JAMUNA NASIKAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAMKRISHNA NASIKAR		53	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
KANKSHA, TANGRA BICHI, SOUTH 24 PARGANAS				
743338, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. स्वयं खाता संख्या		(आप का सक्षम संतान)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
Yes / No हा / 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.	JAMUNA NASIKAR	53	F	SELF
2.	GAYATRI NASIKAR	30	F	DAUGHTER
3.	USHA NASIKAR	26	F	DAUGHTER
4.	GITA NASIKAR	21	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र भूषी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (STRESS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/या तथ्य अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहमति विना को या सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमत राशि "कोलिका जगद्वेगम", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहमत राशि वह प्रार्थना भी नहीं है, उसे राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/निधायक/व्यक्ति/कम्पनी से न ली जाए और न ही परिवर्तन में आए।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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 इलाक़ा या ज़िले की जाय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग" और उसके न्यायोच "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और को विचार्य इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" एवं न्यायो, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और कार्यालयों को लिपे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है: मेरे प्रश्न का विचार्य मेरे इलाक़ा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विचार्य को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है जुड़े स्वा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोच को निर्णय और माध्यमों द्वारा।

आपके पेट में हजमा और आंतों का निशान



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 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मान्य/वेगी को "कोपिका पाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिले हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- (1) यह कि न तो सर्वोपान और न ही परिवर्धन में शिशुओं सहयोग किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मायते में लेने या ले खड़े हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" में निष्काशित/निवृत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहयोग विधि अशिक्षा/सफल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं में सहयोग लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मायते हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोरिका काउन्टेशन" से ली गई माहाना केमल विनिप प्रकृति की है। ऐंगी या इन्वर्तल हुए दो नई सलह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इन्वर्तल के बीच का विषय है और "बोरिका काउन्टेशन" हुए किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिये इन्वर्तल में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इन्वर्तल की होगी और "बोरिका" भी कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्योक्तौ के लिपि संस्तुति

09/04/2023

Dr. Shibaphis Das

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

डाक्टर का दायित्व-संश्लेषण

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

नाम य यद हस्मिन्ना अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

मानसिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी सपना २

Safeway

Rich