

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0423/0046 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 10/04/2023 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: BABITA MAJUMDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KEDARESWAR CHAKRABORTY पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 556/3 ASHOKENAGAR, HABRA-II, NORTH 24 PARGANAS, 743222, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	BABITA MAJUMDAR	65	F
2.	SHYAMAL MAJUMDAR	72	M
3.	SWARNALI CHAKRABORTY	43	F
4.	INDRANIL MAJUMDAR	38	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF HUSBAND DAUGHTER SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किसे गये विनंती 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 (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य से 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 ती 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 यहाँ पर कबता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण अशुद्ध पाया जात है तो मेरी महापत्रक निवेदन की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो महापत्रक राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस महापत्रक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का रिकम्पेंस या समस्त किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

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/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या आंगठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी शाखाओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं/या मेरी, मेरी पत्नी, मेरी, मेरी पत्नी या मेरी संतानों के द्वारा उपयोग के लिये प्रसारित किया जा सके। मैं इस प्रपत्र को प्रसारित करने के लिए अधिकृत हूँ। मैं इस प्रपत्र को प्रसारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व शाखाओं को अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (लक्ष्मण) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्नी के उपदेशों में शामिल है मुझे पता: महापत्नी का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपरेका भं हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

• ଶାବିତ୍ରୀ ଅଭିଜିତ

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/दंगों को "कोशिका कारावन्धन" से विलीय प्रभावित करने विकाराधीन की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संसदन और न ही पार्षदों में विविध राजस्व किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाया जायेगा। संसदों में उठे हैं, जैसे कि इनमें "कारिगा फाइनेंस" में विपरीत/विपरीत उठा के सम्बन्ध में "कारिगा फाइनेंस" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कारिगा फाइनेंस" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/अलग हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो संसद/सदन किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संसद/सदन द्वारा उठाया जायेगा हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लगायेगा।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से सी गई सहायता केवल प्रारंभिक प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पेक्शन द्वारा ही गई सलाह या किने गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्पेक्शन के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए इम्पेक्शन में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सटी विन्नेटरी ऐसी एवं इम्पेक्शन की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या विन्नेटरी इस मामले में नहीं होगी।

संस्कृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/04/23

Dr. Shibashis Das

(Name of District Registrar with Stamp)
डाक्टर का

OPTOM ANJIT DAS
Senior research officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
in favour of the Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षरित अधिकृत अधिकारी

अन्तरिक्ष उपयोग इत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
गणेशी हस्ताक्षर 2

Rich