

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building hope of life

 APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0423/0097

APPLICATION DATE: 19/04/2023

आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: MINATI DAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 49

SEX लिंग: F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOHAN DAS

पिता/कटुण्य का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्मस्थल आवासीय पता

KALUTALA, RAMESHWARPUR, NORTH 24

PARGANAS, 843426, 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 आयकर संख्या

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

 Yes / No

हां / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	MINATI DAS	49	F	SELF
2.	BISWANATH DAS	54	M	HUSBAND

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 विधि 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 के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस ओर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मेद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गद्य तथा है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि विद्यमान सहायता मुझे प्राप्त करने को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमता किसी अन्य धार्मिक/वैद्यकीय/बोना कामनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

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/pul-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रसिद्धि और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

- शिबजी दास

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

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, हस्ताक्षर को जोर से वास्तविकता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिक-सफल हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिग्री पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का सुपुर्ण रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने खर्चे को सही विधियों रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संबंधितों के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/04/23

Dr. Shibachis Das

(Name of Dr. & Regd. Medical Stamp)

डाक्टर का नाम और मुद्रा

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

SANKAR INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यक्ति हस्ताक्षर 1

Sankar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यक्ति हस्ताक्षर 2

Sankar