

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: M/0223/0766 आवेदन संख्या:	APPLICATION DATE: 06/02/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SURAJIT CHAKRABORTY आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE PANKAJ CHAKRABORTY पिता/कटुम्भ का नाम		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 75/8 ASHOK PALI, ASHOKENAGAR, KALYANG- ARH, NORTH 24 PARGANAS, 743222, WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —		

OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 3000x12= 36,000/- कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / हाँ
No / 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 सम्बंध
1.	SURAJIT CHAKRABORTY	59	M	SELF
2.	SUBHOJIT CHAKRABORTY	23	M	NEPHEW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIOL + 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 कौन सा 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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्संदेह की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लिखित की गई उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/निधेयक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

f) 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अन्ते को छात्र लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "काॅलिका फाउंडेशन जो उसकी न्यायोच" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्षित है, उसे "काॅलिका" एवम् न्यासी, दात, वाचनाय या दूसरे दर्पण से जुड़ी गतिविधियों और दलालियों को अपने किसी भी प्रस्ताव पत्रक में प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इत्यादि को पढ़ने या बार में बारों के लिए "काॅलिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवस्था) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पुनः स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कौशलिका" प्रथम उसके व्यक्तिगत का निर्णय लीजिए और बाध्यकारी होगा।

आर्य समाज का संस्थापक श्री सूरदास जी महाराज

Surajit Chakraborty

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 अधिकार, इस्तेफाई को और से समझने/सोचने को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिवत सहायता होगी। निष्कर्षण को जहाँ है, जिसे हम (इस्तेफाई) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही परिवर्ण में किसी महाप्राय किसी नैसर्गिक सम्पत्ति या किसी अन्य स्वतः से उत्पन्न रोगी/प्रायमले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में शिफारिश/विमति उत्पन्न की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महाप्राय विमति शिफारिश/सम्पत्ति हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अप्रत्याशित किसी अन्य नैसर्गिक सम्पत्ति या किसी अन्य सम्साधन से महाप्राय लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्याशित शिरीय मदद उत्पन्न रोगी/प्रायमले हेतु किसी नैसर्गिक सम्पत्ति या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई संख्याएं केवल अंतिम प्रवृत्ति को हैं। ऐसी पर इस्पताल द्वारा दी गई संख्या का जिनसे एवं अस्पताल/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी एंगो एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुनिश्च या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संलग्न

06/02/23

Dr. Shibashis Das

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

डाक्टर का नाम व रहस्यमय व सचि न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Centre or Hospital)
उत्तर प्रदेश अमेरिकी अस्पताल अधिकारी

मानसिक उपशमन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्याप्ति हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इच्छा ३

2018