

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : M/0822/0202

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 07.08.2022

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KABARI DAS

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

NEMAI CHARAN KAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

5/11/13 P.N.C LANE, COSSIPORE, KOLKATA  
700062, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन आई 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 / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1.                     | KABARI DAS                                        | 50                         | F              | SELF                                           |
| 2.                     | TARAKNATH DAS                                     | 56                         | M              | HUSBAND                                        |
| 3.                     | TUMIN DAS                                         | 28                         | M              | SON                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Report/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुर्चो 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 लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कौशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रार्थन में बताया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर यदि का अधिक या समान किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जाएगी।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

1) इस प्रश्न का उत्तर हमारा या जंगल को खण्डित करना है। (अवेदक) अपनी सहमति को पुरुष करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसमें ब्यापारों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" बनाने वाली, दाप, वाचकता द्वारा उपयोग में लूरी गतिविधियों और उपलब्धियों को नियंत्रित भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने का लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी इसका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ब्यापार अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः महापता का इकाएक नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रसार करने वालीयों का नियंत्रण और कार्यकारी होगा।

आपके लिए यह सम्मान या अवसर का विचार।

Kabeer Dab

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 purely 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.

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐसी मामलों में लेने या ले रहे हैं, जहाँ कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिड/विपत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति अशिका/मकल हेतु मज्जु नहीं किया जाता है तो अव्यसात किन्ति अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यवस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यसात द्वितीय मरद उक्त ऐसी मामलों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहाय से नहीं लेता/लेगी।

2. "कारिमा कारनबेशन" में तो गई सहायता जंगल खिलि जकृति की है। रोगी का इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं इस्पताल में बीच का विषय है और "कारिमा कारनबेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने खाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होती और "कारिमा" को कोई पणिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृतो षो लिप संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

02/08/2022

Dr. Shikshak Das

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी इम्प्लान्त 2

per