

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/0822/0207	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	08/08/2022
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SHIBU MUNDA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	54
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम	ANIL MUNDA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
MANIKNAGAR, ASHOKNAGAR, KOLYANGARH, MANIKTALA, NORTH 24 PARGANAS, 743263, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता			
AS ABOVE			

OCCUPATION : व्यवसाय	LABOURER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	Rs. 30000 x 12 = 36,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थाई 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 चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / 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	SHIBU MUNDA	54	M	SELF
2	SWAPNA MUNDA	50	F	WIFE
3	ANIL MUNDA	78	M	SON
4	SUBHANTI MUNDA	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित 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 किसे लक्ष्य विवक्षित का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: NEWBORN DIVISION USE.

- 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 है। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के साथ ही करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भेजा जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल किन्हीं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कम्पनी से न लीया जाये और न ही भविष्य में लीया जाये।

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/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 प्रश्न पर अपने इलाखर या ओपट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायोपी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में अधिकृत है, इसे "कोशिका" एजन्सी न्यायी, राज, वाचना/या दूसरे इंटरनेट या दूर की गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाखर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सन्त; सहायता का इकायर नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सी उसकी न्यायोपी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपके पास ये हमलावर या अंगरेजी का विरोध

1. *Shibumula*.

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 100 1500)

- 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, इच्छाशरी को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से नितासि/विनिता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिता अस्वीकार/समझा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें हमें अपने किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/यंत्र से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमें हमें द्वारा ही यह सहायता या कितने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमें हमें को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमें हमें में रोगी को इलाज सुझा और अन्य कामों की नारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमें हमें को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी हमें मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
अभिषेकन को, तारीख

08/08/2022

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Registrar with Stamp)

डाक्टर का नाम: डॉ. राजेश कुमार 98765 43210

OPTOM ANKIT DAS

2000/01/01

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKARANKUTUMBI

नाम प पद इत्यतस्तु अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्त्येष्टि उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायसौ हज्जाश्वर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी रामनाथ ३

10/2/8