

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : **M/0922/0283** APPLICATION DATE : **02/09/22**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **PRAMILA DAS** AGE-YEARS अनु-वर्ष **61** SEX लिंग **F**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **NAKUL JANA**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता
**MANIPUR, NORTH 24 PARGANAS, 743446,
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासस्थान पता

AS ABOVE

OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ / 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 संबंध
1.	PRAMILA DAS	61	F	SELF
2.	GOPAL DAS	20	M	SON
3.	NEPAL DAS	38	M	SON
4.	SUDHAMA DAS	35	M	SON
5.	PURNIMA DAS	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिया गया है?

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

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.

- (1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म 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 निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से भी जा रही है, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

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.

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में प्रोvided है, उसे "कोशिका" एम्बेड, प्रिंट, या अन्य माध्यमों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस सहायता का उपयोग मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/स्वीकार की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु, निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उभरती/पावती में लाने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु उभरती/पावती हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/वित्तीय सहायता प्रदान की है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही मंजूर किया जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल से सहायता के उभरती/पावती और अन्य स्रोत की ओर निर्भरता होगी और हस्पताल को सहायता और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निर्भरता इस सहायता से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 02/09/22	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S.M.S Gold Medalist Reg. No. 76018 (Name of Doctor & Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. Shibashis Das Senior Consultant (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKARA Jyoti नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2