

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : M/0922/0285  
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 04/09/22  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : DIPAK SAHA  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/सहस्र का नाम

MADAN SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DEBIPUR, PASCHIM GOPALNAGAR SOUTH 24  
PARAGANAS, 743351, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :  
व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

Rs. 4000 x 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदा 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  
हां / 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | DIPAK SAHA                                        | 56                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | MANATA SAHA                                       | 52                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | SANKARI SAHA                                      | 30                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 4.                     | SAMRAT SAHA                                       | 22                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सतीसी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टरों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                      |
| 2.                     | SURGERY - RE (Cataract Surgery)                                                                |
|                        | EMERGENCY<br>Tolubham Med<br>02011-20-000                                                      |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

# DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
  - 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.
  - 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 प्रपत्र 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को भेज रहा हूँ, उस राशि का मुझे या मेरे परिवार को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/वीडियो के माध्यम से दुसरे उद्देश्य से जहाँ गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

48 अरु आरु

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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.
  - 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अस्वीकार/मनाफा हेतु मनाफा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा या कोई सहायता या किसी अन्य उपाय/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई वित्तिय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                    |                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | Dr. Shibashis Das<br>M.B.B.S.M.S<br>(Name of Dr. & Reg. No. 41555)<br>डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नं. | OPTIONAL AUTHORITY DAS<br>Senior surgeon/Officer<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                              |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|                                              |                                              |