

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन आरूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/0922/0302		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 05/09/22	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : SHRABANI DEY		AGE-YEARS : वय-वर्ष : 38	SEX : लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : SAMIRAN DEY			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 76/6, ASHOKENAGAR, KALYANGARH, NORTH 24 PARGANAS 743222, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION : व्यवसाय : COOK		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : RS. 2000 x 12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे): Yes / NO हाँ / नहीं ☒ NO			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1	SHRABANI DEY	38	F
2	SAMIRAN DEY	42	M
3	SAMRIDDHI DEY	16	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध SELF HUSBAND DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये 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) उपभोग्यता 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 प्रतिक्रियेन 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 हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई 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 यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रार्थन 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 निरास की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रार्थन में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है। जब यदि का आर्थिक या प्रकृत विवेक किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में शामिल है, जिनमें "कोशिका" एकमात्र नाम, पता, फोटो/पा दूर उद्देश्य से बुद्धि तस्तिथिधर्म और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रयास प्रभाव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।

आलेखक के द्वारा और या अपने का निदान

Shrabani Dey

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 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 अधिकांश, हस्तक्षेप की ओर से मामलों/कागों को "संशोधन काउन्सिल" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्तक्षेप) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

10. यह कि न तो अंतर्गत और न ही संविधान में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान में उक्त ऐसी/यासमें से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवारण/विनिर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्णय अधिकांशकतः हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अत्यन्त कम किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने के अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्तल दुर्लभ मूल उक्त ऐसी/यासमें हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाटनेवाला" में भी यह संभावना संभव विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हममतल द्वारा ही यह ज्ञात हो किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होनी एवं हममतल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाटनेवाला" द्वारा किसी प्रकृति का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हममतल में ऐसी हो ज्ञात हुआ और अपने जाने की पूरी विमर्शनी होती एवं हममतल को होती जो "कोशिका" को नहीं प्रकृति का विमर्शनी इस मामले में नहीं होती।

Date of Surgery अंगरेजी में तारीख 05/09/22	Dr. Shibashish Das M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg. no. 71035 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हाथीर का नाम व हस्ताक्षर व सील व	OPTOM ANANTA DAS Senior optician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR JYOTI OPTICALS नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય દાસરાજ :	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય દાસરાજ :