

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : M/1022/0331 APPLICATION DATE : 06/10/2022

NAME of APPLICANT : NRIYA DULAL PURKAIT AGE-YEARS : 56 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RASHBALLAV PURKAIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MATARA, SOUTH 24 PARGANAS - 743337, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 4000 x 12 = 48000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : 8444 3444 4444

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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.	NRIYA DULAL PURKAIT	56	M	SELF
2.	NINATI PURKAIT	52	F	WIFE
3.	PREETI PRASUN PURKAIT	38	M	SON
4.	PRATYAKSH PURKAIT	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 प्रमाण
---	---	--	---

"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 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 ले 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 यहाँ पर कतार है कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कार्यकाया फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में पेश गया है।

3) मैं यहाँ पर कतार है कि इस सहायता हेतु या अर्चना को यदि मैं, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य छात्र/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपने सहयोगी की मुद्रा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में घोषित है, उसे "कोशिका" एण्ड/ऑर ट्रस्टी, दन, घोषणाएँ दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और दस्तावेजों के तहत किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का विवरण मेरी सहायता को पकड़ने या सार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व स्वामी अधिकृत है।

2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एण्ड/ऑर स्वामी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आजैरवा वा संभलभा वा बागुठ का निशान

1. Nriyadulal Purkait

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.

इससे अधिद्वय, हस्तक्षेप की ओर से मायसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारों की जाती है, जिसे हम (हमस्पताल) विषय प्रकृत से माय व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी तीसरे सहायता संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होगी/मायसे में सेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारों/विचारों उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकाधिक/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य तीसरे सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था/सेने को सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मायसे हेतु किसी तीसरे सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमस्पताल द्वारा ही कोई प्रकृत या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी को प्रकृत सुरक्षा और अपने जाने की स्वी विधेय/स्वी रोगी एवं हमस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/10/22	Dr. Shibachis Das Director (Name of DSO Signing with Stamp) Reg. no. 799	OPTION AUTHORITY Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (on behalf of Hospital) नाम, पद एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

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