

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : M/1122/0432
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 01/11/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : ANGUR DEBNATH
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष : 62
SEX लिंग : FFATHER'S/SPOUSE'S NAME : NIMAI DEBNATH
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RADHABALLABH, NAITPARA, JOYNAGAR, MAJILPUR, SOUTH 24
PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्पष्ट बताएं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का प्रमाण संलग्न करें)Yes / हाँ
No / 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 सम्बन्ध
1.	ANGUR DEBNATH	62	F	SELF
2.	NIMAI DEBNATH	68	M	HUSBAND
3.	ALOK PAIK	40	F	DAUGHTER
4.	REKHA DEBNATH PAL	32	F	DAUGHTER
5.	UJJAL DEBNATH	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे करने की आवश्यकता का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्यास/दवाइयों से जुड़े कोई भी प्रमाण संलग्न करें
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 ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिल रही है

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं प्रपत्र असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी तरह से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही यह करने की योजना रख रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

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 fulfilment 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 प्रपत्र या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को लगाए जाने पर, मैं (अर्शक) 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 प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवं/वासी, एवं, आवश्यक हों तो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिए किसी भी दूसरे माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के पालन या काम में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व वासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं/वासी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)**

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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए हम किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहे होंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेने के लिए अनुरोध किया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिले। यदि सहायता पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे द्वारा सिफारिश की गई मदद केवल वित्तीय मदद है।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय मदद होगी। रोगी पर इलाज का चयन या कोई भी उपचार/प्रक्रिया जो चुना गया है और हस्पताल को लागू किया जा रहा है, "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार के दबाव या प्रभाव के बिना है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज के लिए जो भी निर्णय लिए जाएंगे, वे केवल हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी सलाह या निर्देश इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

01/11/22

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Register with Stamp)

डॉक्टर का नाम और पंजीकरण के साथ मुहर

OPTIONAL APPROVED SIGNATURE OF AUTHORIZED SIGNATORY

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

वैद्यक अधिकृत हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

: वासी हस्ताक्षर 1 :

SIGNATURE of TRUSTEE 2

: वासी हस्ताक्षर 2 :