

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: **M/1122/0462**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **11.11.2022**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **APARNA BAIRAGI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **64**

SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SHAIENDRANATH PURAKATT**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **BATISWAR, MATHURAPUR-I, SOUTH 24 PARGANAS, 743354, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOME MAKER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **NIL**

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

PAN No. **स्वास्थ्य खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes / No
हां / 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.	APARNA BAIRAGI	64	F	SELF
2.	ASHOK BAIRAGI	63	M	SON
3.	CHAMPA BAIRAGI	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.
सहायता हेतु किये गये विनति 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 (STCS + POL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा वाक्य पत्र)

- 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 the assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सच बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता यथा "वैदिकिक फाउन्डेशन", से लेना चाहता हूँ। उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि कुछ सहायता हेतु पर कार्यवाही की गई है, इस लक्ष्य का अर्थव्यय किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न हो गया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा वाक्य)

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) 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 वाक्य पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहयोग को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा उनके गतिविधियों का विवरण प्रसारित और सहायता प्रदान की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वाक्य)

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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से वाक्य को स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसब किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस सुनिश्चित करने का अर्थव्यय किसी अन्य सहायता प्रदाता से नहीं होगा/होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का अर्थव्यय केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/उपचार का चुनाव सुरक्षा और अन्य करने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery कार्यवाही की तारीख</p> <p>11/11/2022</p>	<p><i>Dr. Shikshis Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Register with Stamp) डॉक्टर का नाम के साथ सील के साथ</p>	<p><i>OPTIM (ARAVIND) DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और सील)</p> <p>SANKARANKA HOSPITAL</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---