

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

M/1122/0463

APPLICATION DATE : 11.11.2022

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

PRATIBHA NASKAR

AGE-YEARS वय-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

NARASINGHA HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

UTTAR GAZIPUR, GUMORBERIA, SOUTH 24
PARGANAS, 743332, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्पष्टीकरण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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.	PRATIBHA NASKAR	56	F	SELF
2.	MAHARAJ NASKAR	67	M	HUSBAND
3.	DEEGOPAL NASKAR	99	M	SON
4.	MAHUYA NASKAR	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किनसे आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के रोज के खाने के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे गये किनसे का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास 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 कौ से सहायता लयी



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा वाक्य पढ़ें)

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 वाक्य करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच वाक्य असत्य वाक्य बता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन" से होनी चाहिए है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी (अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी) से नही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बतिया है, उसे "कोशिका" एफएम न्यूज, एच, वाचनालय द्वारा उद्देश्य में सुदूर परिसंचित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मैंने मांगी है वह या जो करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी जा रही है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में इस्तेमाल हैं, वे किसी भी प्रकार के माध्यम से "कोशिका" एफएम न्यूज, एच, वाचनालय द्वारा प्रसारित और प्रसारित हो सकते हैं। इस संबंध में "कोशिका" एफएम न्यूज, एच, वाचनालय को पूर्ण अधिकार और वाचनालय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature: सुजिता नारायण)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

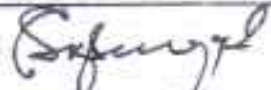
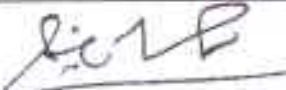
1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अशुभ/असफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत के सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसे भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना-लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही ही प्रस्ताव या निवेदन एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीम का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी को इलाज सुझा और जाने जाने को पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिय या वित्तिय प्रकृति इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/11/22	 Dr. Shibankis Das (Name of Dr. & Rank, No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पद/सं. के साथ मुहर	 OPTION SHIBANKI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKI HOSPITAL
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	---