

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: M/1122/0475
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 17/11/2022
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BHARATI HALDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 62
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GORACHAND HALDER
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHESDARI, MADURAHAT - I, SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL
वर्तमान आवासस्थान पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SWAYI
स्थायी आवासस्थान पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

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

FAN No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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.	BHARATI HALDAR	62	F	SELF
2.	MONDONATH HALDAR	67	M	HUSBAND
3.	GORINDONATH HALDAR	40	M	SON
4.	SARMILA HALDAR	37	F	DAUGHTER

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) उपभोक्ता 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः:

- 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने या रखने के लिए स्पष्ट रूप से पुष्टि कर रहा हूँ कि मैंने सहायता के लिए जो इच्छा व्यक्त की है, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्राप्त किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पर्यटन है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता को अतिरिक्त या संकलन हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कला)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वामीयों, दान, संचारण/प्रसारण के माध्यम से मेरी उद्देश्य के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान देकर हस्ताक्षर करने या अंगुठी का निशान देकर "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वामीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है उन्हें स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् स्वामीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कला)

- 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 ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में सिफारिश सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से इच्छा सहायता प्राप्त करने के लिए या लेने के लिए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उदाहरण के रूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/संकलन हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उदाहरण के लिए किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या लेने के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के विषय में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्राप्त और अंगुठी देने की साथ जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संपुष्टि

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>13/11/22</p>	<p><i>Dr. Shikshita Das</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम एवं रजि. नं. के साथ मुहर</p>	<p><i>OPTOM ANKUR TI DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुहर) SANKAR J. KUMAR HOSPITAL</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनंतरिक उपयोग हेतु

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