

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/1122/0476 | | APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 17/11/2022 | | |
|---|---|---|--|---|
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : MINAKSHMI HAZRA | | AGE-YEARS : वय-वर्ष : 52 | SEX : लिंग : F | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : SATYENDRA PRASAD PURKATT | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : PASHCHIM RAMNATHPUR, MAHESHDARI, MAGRAHA, SOUTH 24 PARGANAS, 743609, WEST BENGAL | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायित आवासीय पता : AS ABOVE | | | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय : HOUSE WIFE | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) | | |
| PAN No. : पैन संख्या : खाली | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें) : Yes / No हां / नहीं : <input checked="" type="checkbox"/> 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 सम्बन्ध |
| 1. | MINAKSHMI HAZRA | 52 | F | SELF |
| 2. | SATYENDRANATH HAZRA | 60 | M | HUSBAND |
| 3. | SOBRATANATH HAZRA | 27 | M | SON |
| 4. | TANUSREE HAZRA | 25 | F | DAUGHTER |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतों 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 कहीं 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 सी गई सहायता राशि | | |
| | | | | |
| | | | | |



DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा करें:

- 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निरस्त की जा सकती है।
 (2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंचा किया है।
 (3) मैं यथार्थता से घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यात्रा व्यय का भुगतान, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो करता हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- (1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, पत्र, मासिक पत्रों द्वारा उद्देश्य के पूर्ण पूर्ति के लिए और/या जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशन मेरे इलाज के पूर्ण या आंशिक रूप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।
 (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उसे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

श्री अशोक शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

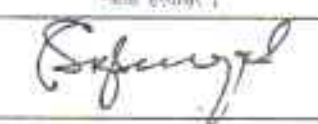
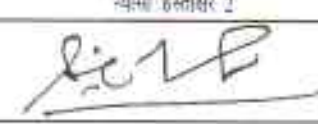
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से माल्ले/रोगी 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 भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/माल्ले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मन्सूरी नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/माल्ले हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या विनियमों इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|---|---|---|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>18/11/22</i> |  Name of Dr. & Register with Stamp डॉक्टर का नाम/पंजीयन संख्या/पता: <i>Dr. Shikashis Das</i> 711075 |  OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR NAYAK EYE HOSPITAL |
|---|---|---|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2  |
|---|--|