

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

building block of life

 APPLICATION No. आवेदन संख्या : **M/1222/0582**

 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **18/12/22**

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **ASIT KUMAR PAL**

 AGE-YEARS आयु-वर्ष **64**

 SEX लिंग **M**

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **KANGALI CHARAN PAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

6 Joy Gopal Roy Chowdhury Road, Panihati, North 24 Parganas - 700114, West Bengal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

 OCCUPATION : व्यवसाय **UNEMPLOYED**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **NIL**

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

PAN No. : स्थायी आय का संख्या

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

 Yes / ☒ 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 संबंध
1.	ASIT KUMAR PAL	64	M	SELF
2.	ANITA	58	F	WIFE
3.	NAMRATA	36	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरण 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 + DOL)

 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 लेई गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक इना पावेला वर:**

- 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 Kushika 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 पर कतार है कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने इसकी सहायता एवम् "कौशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जावेगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस एवम् कि अधिक या समान किसी अन्य प्राय:विशेष/व्यक्ति/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्धकृषक) अपनी सदस्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचना/पढ़ चुकने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज की सहायता या धार से जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धकृषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आविष्कार का सम्मान या जगते का निशान

Asit Kumar Pal

AGREEMENT by HOSPITAL (FORM ID 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

इससे अधिकृत, इसकागरी को जो न से मापले/पेन को "कोशिका फलन-द्वारा" से विधिप गहापन हेतु सिधारित की जाती है, जिसे हम (हमपास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो संवोधन और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/रूप्यते में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोसिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/किस्ति उक्त को सम्बंध में "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अशिक्ष/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रूप्यते हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोसिका फाउन्डेशन" में तो यह सहायता केवल विनित प्रकृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमलात में रोगी के हितों सुरक्षा और उनके जाने को सारी दिव्यधारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोसिका" को कोई धमिका या दिव्यधारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

0 1 2

18/12/22

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

आवृत्ति का नाम क्या है? प्र. 20

OPTIM. ANF. 1977 DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKAR & SANKAR

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपस्वीन हंत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमी हस्ताक्षर ?

Rich