

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : M/1222/0583
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 18/12/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : LAXMI DAS
आवेदक का नामAGE-YEARS-आयु-वर्ष
65SEX-लिंग
FFATHER/SPOUSE'S NAME : GANESH DAS
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

NARENDRA NATH BANERJEE ROAD, PANIHATI, NORTH 24 PARGANAS -
JEDDA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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 करें)

PAN No. : पत्राई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	LAXMI DAS	65	F	SELF
2.	GANESH DAS	70	M	HUSBAND
3.	SUKUMAR DAS	43	M	SON
4.	SANWAR DAS	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियमित आधार

BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रक्षक 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 किसे गये निम्न 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी 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: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप भरे बिना, उस सहायता का अधिकार या समकल विवसा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही वांछित करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृपया)

- 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 प्रपन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विषय इस प्रपन में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दात, दाता/दाता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन का विषय मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है जुड़े स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जायदेव को हस्तक्षर या अंगुलि का निशान



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.

हमारा अभिप्राय, हमारा धर्म की भाँति से अन्तर्गत की ओर "कार्यका कानून" से मिलिय प्रमाणित रूप निष्पत्ति की जाती है, जिसे हम (दस्तावेज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वसम और न ही भविष्य में विविध महापता किसी भी सरकारों सम्मान या किसी अन्य स्कोर से उन्ना रोणी/चमत् में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफरीज/विमि उन्ना के सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता विमि अतिशय/सम्मान हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो असम्मान किसी अन्य भी सरकारों सम्मान या किसी अन्य सम्पादन से महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मान द्वितीय मदद उन्ना रोणी/चमत् हेतु किसी भी सरकारों सम्मान या किसी अन्य सम्मान से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महापता सर्वसम विविध प्रकृति की है। रोणी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोणी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तगत में रोणी को हलाक सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संस्कृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपराधन की तारीख

अनुपासन की शरीर

18/12/22

Dr. Shibashis Das

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

नाम धर्म समाज गति य

Reg. No. 100

OPTIONAL VERB DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

SANKARA IVY LEVEE INSTITUTE

RA-IV (ULSVE-INS)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो इच्छा १

रिजल