

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0119/2303

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09-01-2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

DILEP DEY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

SANTOSH DEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

DAULEPUR-12, PANCHALA, SAKSHI HOUSING
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1000 x 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. संपूर्ण खाली छोड़ें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	DILEP DEY	58	M	SELF
2.	PURNIMA DEY	51	F	WIFE
3.	JAYANTI DEY	26	F	DAUGHTER
4.	RAJAT DEY	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIABETOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY LG (SLC + LGL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदनकृत घोषणा यः**

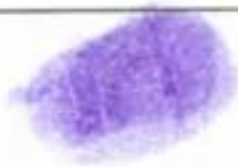
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना विरक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में बता रखा है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के, या किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (addw pd wot)

- 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/print-upreproduce 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 ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस ढर्रे में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एफएन आईसी, एन. एमआईएन एस उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएन आईसी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

... ..



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्ताक्षर और मुद्रा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकांश हस्ताक्षरी को और से आपसो-पैसो को "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु धिक्कारी भी जाती है, जिसे इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में श्रद्धिपत्र साक्ष्यता किसी भी सरकार को संभव या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐंठे/पत्राले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोरिक्टा क्लरिफिकेशन" से सिस्टीमाइजेशन उक्त को संभव में "कोरिक्टा क्लरिफिकेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोरिक्टा क्लरिफिकेशन" द्वारा साक्ष्यता किसी अधिकाधिक/सकल हेतु पत्राले नहीं किया जाता है तो संभवता किसी अन्य भी सरकार को संभव या किसी अन्य संसाधन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संभवता श्रद्धिपत्र गहरा उक्त ऐंठे/पत्राले हेतु किसी भी सरकार को संभव या किसी अन्य संसाधन से नहीं लेना/लेती।
2. "कोरिक्टा क्लरिफिकेशन" से जो यह साक्ष्यता संभव श्रद्धिपत्र को है। ऐंठे या संभवता द्वारा ही यह साक्ष्यता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार ऐंठे एवं संभवता को संभव का विचार है और "कोरिक्टा क्लरिफिकेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये संभवता में ऐंठे को इतना सुरक्ष और जाने जाने को जारी सिस्टीमाइज ऐंठे एवं संभवता को ऐंठे और "कोरिक्टा" को कोई अधिकार या सिस्टीमाइज इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्धीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.01.2019	Dr. Ajay Agrawal MBBS, MS, FRCS, FRCR (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर की नाम व रेजिस्ट्रेशन नंबर सहित	Anil Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनचार्ज अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	