

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0226/2348		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 06.02.2024			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: NIRANJAN BERA		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष: 76	SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: JATINDRA NATH BERA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता: MAMUDDUR, NORTH 24 PARGANAS - 743435, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता: AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय: FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 2000 X 12 = 24,000/-					
PAN No. स्थायी खाता संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / 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 से संबंध	
1.	NIRANJAN BERA	76	M	SELF	
2.	AJAY BERA	63	M	BROTHER	
3.	ASHITA BERA	67	M	BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विपरीत 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई जांच/उपचार सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)				
2.	SURGERY (LE) - SILS + IOL				
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 कौी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक का कथन है:-

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.

2) मैं बहुत कलश हूँ जिसे जिस सहायक हों वह लक्ष्मी की पत्नी है, उस पति का अधिकार या सत्ता किन्हीं किसी अन्य प्रोड/नियोक्ता/पति कम्पनी से न हो लिया है और न ही स्थिति में दूसरा

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/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 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 कथन पर अपने हस्ताक्षर या जोरों को छाप लगाकर, ये (आदेशक) अपने समर्थकों को छुट्टि भरा है एवं "कोशिका कारागारों में हमने बसोबास" को अंगिकृत करता है कि वे सब जाते, जाते और जो विचार इस उपन में छिपी है, उसे "कोशिका" प्रश्न नहीं, उन, कथकलन हानि बर्दाश्त से जुड़ी गतिविधियों और दायित्वों से निरंतर किसी भी प्रकार सम्बन्धित नहीं है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकटित है पूर्णतः स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस अभियंता के "कार्यिका" प्रथम उद्देश्य न्यायसिद्धि का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આવેદના નં. રાજ્યધાર. પા. ૩૧૭૮૯ ના નિશાન



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:

(Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future seek or 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.

इसके अतिरिक्त, इसकाही को अंत से मापते/रंगे को "लोडिंग फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विशेष सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से प्राप्त होने-वालों में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से निवारित/विनिर्दिष्ट उक्त के समर्थन में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/समर्थन हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो अव्यवस्था किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्वाँट में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यवस्था विशेष मरदर स्त्री/मामलों हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं होना/लेनी।

2. "कोशिका साइबेरेशन" से तो यह साक्ष्यता कोषण विलीन प्रवृत्ति को है। रोगी पर इन्फेक्शन द्वारा ही यह प्रभाव या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुफल रोगी एवं हस्तगत को रोग का निवृत्त हो और "कोशिका साइबेरेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्तगत में रोगी को इतना मुक्त और आने जाने की सारी विम्वेश्वरी रोगी एवं हस्तगत को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रमिता या विम्वेश्वरी इस प्रामते नै शरी होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਤੋਂ ਰਾਜੀਵ

Dr. Shibashis Das
Director
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व प्रमाण पत्र नं.

Optim Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
गण व एड हस्पताल अधिकृत अधिकारी

नाम व एड हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो इस्तार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 म्यासी इस्तेखार 2

Erklärung

2020