

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0325/2063
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 02/03/25
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: PRATI SINGHA
आवेदक का नामAGE-YEARS उम्र-वर्ष
51SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIRAPADA SINGH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GOPAL PUR NORTH 24 PARANAS
743445
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: COOK
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

4500 x 12 = 54000/-

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

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
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 सम्बंध
1.	PRATI SINGHA	51	F	SELF
2.	NIRAPADA SINGHA	59	M	HUSBAND
3.	RAMPADA	27	M	SON
4.	SNYAMAPADA	24	M	SON
5.	BIJE CHARI	22	F	DAUGHTER
6.	RUPASHI	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 विनती 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 - (SICAFOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस राशि का अवशेष या समकल किस्त किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्क/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा वारंट)

- 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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस दस्तावेज़ में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्बंध से प्रस्तुत करने के लिये अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि न्यासीयों के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्बंधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

જાહેરનામો નં. ૬૫૨૪૪૪ થી ૭૦૮૮૪૪ સુધીના નિયંત્રણ



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 इमरतारी को और से मायले/लंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हो लिफागि को जाती है, बिसे इन (इन्वेल्ल) विन् प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1. यह कि न तो सार्वजन्य और न ही व्यक्तिगत में किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/पासले में लोग या तो रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से निष्काशित/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा तयार हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/पासले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से ली गई सहायता कंपन विधि प्रकृति की है। रोगी पर सम्भवतः द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए सम्भवतः में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी विधेय/रोगी एवं सम्भवतः की होगी और “कोशिका” की कोई धारिका या विधेय/रोगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वयंकृतो ये लिप् संसृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/03/25	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉ. शिबाशिस दास Regd. No. 74035	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तफा 2
	