

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

U/ 0725/0808

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SANKARI / PATRA

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

DILIP PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

36C NALIN SANKAR STREET, SHYAM
BATHAR MALL, KOLKATA 700004, WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40000/12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. एम्पाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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.	SANKARI PATRA	65	F	SELF
2.	CHANDAN PATRA	48	M	SON
3.	MOUSUMI PATRA	47	F	DAUGHTER
4.	SAMPA DAS	46	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) 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 (SICKLE CELL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय 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: અરજદાર દ્વારા ઘોષણા: મન

- 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 जोहना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जॉ सहायता गति "कोशिका काउन्टर" से भी जा रही है, उसका उपयोग इसी संदेश को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता इन पाठ्यक्रम की गई है, उस गति का सज्जक या सकल हिस्सा किसी अन्य सां.पि.वि.सं.जीन कम्युनिटी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीता।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा स्वीकृति)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाख या अंग्रेजी की भाषा लगाकर, मैं (अवधारक) अपनी सद्यस्थिति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिपूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्ती, दूर, वाचनायक दूरों उद्देश्य में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम में प्रेषण करने को लिए अधिपूत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाख को पहचाने का साधन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के व्यक्ती अधिपूत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदन के तत्पश्चात् या अगले १५ दिनों

Sankari Satra

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

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 लक्ष्यरहित हमलाओं की आश में व्यवस्थाओं को "कोशिका फायनटेयर" से निर्माण कराया जा रहा है, जिसे हम (हमला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यक्तिगत और न ही भविष्य में विधिगत साक्ष्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थल से उठाएंगी/साथले में लेने या ले सकें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से सिविलियन/निर्मित उच्च को सामर्थ्य में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा साक्ष्यता मिलती अवस्था/सकता हेतु मन्दित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरद उच्च गैरी/साथले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेएंगे/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

1000

16/07/25

Dr. Shibashis Das

M.B.D.S.M.G.

(Name of Dr. A Regn. No. with Stamp)

निर्देशिका-१

Optom Avhijit Das

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Senior Physician (Hospital)

Sankarācārī ṣaḍvaidika-siddhānta-śāstra

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्टांत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर १

Rich