

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1124/1174

APPLICATION DATE 11/11/24

NAME of APPLICANT: PURNA BICALI

AGE-YEARS पान-वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

GAJEN BICALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DIGHIR PAD LAUKHALI PATHARGHATA

AGAHATI SANDESHKHALI

NORTH 24 PARAGANAS 749329 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

DRIVER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60000

(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 / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार का 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.	PURNA BICALI	47	M	SELF
2.	GOURI BICALI	43	F	WIFE
3.	MIT BICALI	20	M	SON
4.	RIYA MONDAL	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रोज़ा के पीछे 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) रेशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीक्रिप्शन सुची 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 लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा बताना):

- 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.
 - 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.
 - 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठा/असत्य सच ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से गी न हो रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
3. मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है - इस प्रति का उपयोग या नकल किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी या न हो लिया है और न ही भविष्य में लीए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
 - 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 in me.
1. इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञात करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" एवम् भरोसे, एवं सच/सच/सच द्वारा उद्देश्य से पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रारूप का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अनुरोध किया जा सकता है।
2. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्ण सच; सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सहमति में "कोशिका" एवम् भरोसे भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:
- 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 its 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझे/संगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सच/सच/सच करते हैं।
1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी या ले जाई है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असहमत/नहीं मंजूर नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रति में उल्लेख किया जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त नहीं करने के सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा की गई सहायता या निम्न सच/सच/सच का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज गुण और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हॉस्पिटल के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/11/24

Dr. Shipashila
Director
M.B.B.S., M.S. (Genl. Medl.)
Reg. No. 71035 MBMG
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

OPD
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम, पद और हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Li