

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामूल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

K/1124/1180

APPLICATION DATE

11/11/24

आवेदन संख्या

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

ARMAN SEKH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS

64

SEX

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

JALAL SEKH

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

DEBITALA NORTH 24 PARGANAS 743425
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

FARMER

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

4000 X 12 = 48000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ छाता 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 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 सम्बन्ध
1.	ARMAN SEKH	64	M	SELF
2.	DIAPIRAN BLO	58	F	WIFE
3.	ABUL FARAB SEKH	31	M	SON
4.	UMAR FARAB	23	M	SON
5.	ADJOUR SEKH	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LB
2.	SURGERY — LB — (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या की?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में मेरे द्वारा सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन/बयान सच साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सच सच है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही सहायता ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) 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 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 प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान देकर (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इस "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, दान, धारणा/पत्र दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों को प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इसका निशान मेरी हस्ताक्षर को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, उनका उपयोग सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- 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 its right to make up the shortage 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/अपूर्ण हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा/करेगा हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं होगा/होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निदान का उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन की तारीख <i>11/01/2022</i>	<i>Dr. Sunita K. Das</i> Director M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम से हस्ताक्षर के साथ रजि. नं.	<i>Dr. Sunita K. Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम और हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	