

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. : K/1124/1249
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 19/11/24
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : MANTU SANTRA
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 54

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOPAL SANTRA
पिता/पत्न्या का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : नालदा, हवरा, हुगली, पश्चिम बंगाल

NALDA, HOWRAH HULI WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION : GARMENTS SHOP
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 x 12 = 48,000
कुल वार्षिक आय :

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

PAN No. :
आयकर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर करदाता 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 से संबंध
1.	MANTU SANTRA	54	M	SELF
2.	RUPALI SANTRA	49	F	WIFE
3.	RAMESH SANTRA	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे यह किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा करने पर)

1. I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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 पर घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा प्रमाणित होता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए किसी भी प्रकार की सहायता को केवल इस प्रारूप में बताये गये उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा।
3. मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ, के लिए कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करने पर)

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 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इस "कोशिका" प्रारूप, पता, फोटो, आदि के माध्यम से, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ, के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउंडेशन" के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। इस प्रारूप पर मेरा फोटो और अन्य विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2. मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल इस प्रारूप में बताये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा। इस सहायता के लिए मैं "कोशिका" प्रारूप, पता, फोटो, आदि के माध्यम से सहायता मांग रहा हूँ, के लिए कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहा हूँ। इस सहायता के लिए मैं "कोशिका" प्रारूप, पता, फोटो, आदि के माध्यम से सहायता मांग रहा हूँ, के लिए कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Mantu Sautra

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करने पर)

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 procedure/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.

हमने यहाँ पर, हमारे अधिकृत अधिकारी के द्वारा, इस मामले/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांगने के लिए सहमत हो रहा हूँ। हम (हॉस्पिटल) यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम इस मामले/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जिसके लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, के लिए कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहे हैं।

1. हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम इस मामले/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जिसके लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, के लिए कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम इस मामले/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जिसके लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, के लिए कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिले गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित/अनुशंसित/अनुसृत प्रक्रिया/प्रक्रिया से प्रभावित नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व लेना होगा और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
उपचार की तारीख

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. Designator with Stamp)

Sankara Jyoti Eye Institute

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

कोशिका फाउंडेशन के लिए स्वीकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अर्शक 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अर्शक 2

Safaryal