

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1212/2026		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 15/12/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		MANICKLAL DAS		AGE-YEARS : वयस-वर्ष :	SEX : लिंग :
				85	M
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम :		BIBHUTI DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता :					
UN/619, KANKA KANDANLAL MITER ROAD, K.G. MOSE SARANI, KOLKATA 700055, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता :					
- AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय :		UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. : पैन संख्या : 5445 5445 5445					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो सही हो उस पर तिक चिह्न 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 से क्या संबंध	
1.	MANICK LAL DAS	85	M	SELF	
2.	SUSHIL RA DAS	72	F	WIFE	
3.	SUSANTA DAS	30	M	SON	
4.	SUSHEN DAS	23	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसे आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विच्छि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis - Cancer - Le.				
2.	Surgery - Le (Sigmoid)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वा प्रेनक नः)

- 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 प्रमाण देता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं मेरी सहायता निरास हो जाऊँगी।
- 2) मैं इससे प्रमाण देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अन्यत्र किसी भी तरह से, इस मदद का अधिकतम या अंश प्राप्त किया बिना अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ प्रमाण देता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, समारोहों, प्रसारणों से जुड़े विभिन्न कार्यक्रमों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज के खर्च या मेरे प्रकरण के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद प्रदान करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिए हैं, प्रकाशित करने वाले द्वारा प्रकाशित किए जा सकते हैं। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करण)

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ प्रमाण देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/रोगी के मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार से प्रदान नहीं की जाती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट करता हूँ कि हम सहायता प्रदान करने पर उस रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हस्पताल) इस दृष्टि से मान्यता प्रदान करते हैं कि हम (हस्पताल) केवल वित्तिय सहायता ही प्रदान करते हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। हमारे द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए हम सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारियाँ लेते हैं। हम सहायता की ओर से "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/18	Dr. K. Ghosh M.D., DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिष्ठ उपयोग हेतु

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