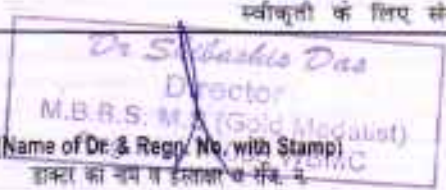
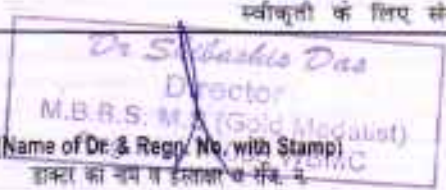
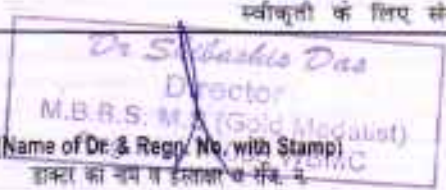
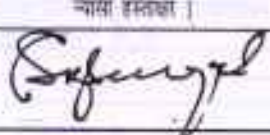
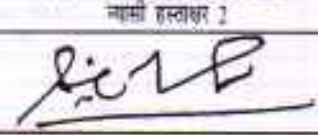
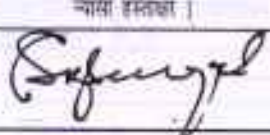
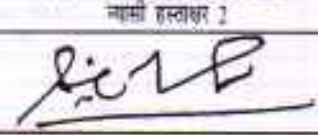
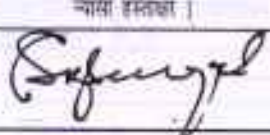


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0125/1615				APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 06/01/25	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : KAMALA SARDAR			AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 64	SEX / लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : FULCHAND SARDAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : BAHIRPOTA, SENOTA, BHANGAR-II, SOUTH 24					
PARGANAS, PIN CODE, WEST BENGAL : PARGANAS, 743502, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय : HOUSE MAID				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 4000x12 = 48,000/-				(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. / स्थाई खाता संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर एसेस है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) : Yes / No					
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.	KAMALA SARDAR	64	F	SELF	
2.	DISCHANNATH SARDAR	63	M	HUSBAND	
3.	GOUTAM SARDAR	36	M	SON	
4.	RAMESH SARDAR	32	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनंति आधार :					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / वितरिका 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 प्रतिवेदन 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 स्त्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा): 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल विरसा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार) 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 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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनायक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या धरा में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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: 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. हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नियुक्त/लेखी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी से ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आंशिक/सफल हेतु पंजुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> -Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/01/25 </td> <td>  Dr. Subashis Das Director M.B.R.S. M. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका के सचिव से </td> <td>  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी </td> </tr> </table>		-Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/01/25	 Dr. Subashis Das Director M.B.R.S. M. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका के सचिव से	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
-Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/01/25	 Dr. Subashis Das Director M.B.R.S. M. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका के सचिव से	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु <table border="1"> <tr> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  </td> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 