

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0224/1249		APPLICATION DATE : 09/02/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : अर्हदार्थक का नाम SRIDHARTHA SUR		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम KRISHNA BH. SUR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 1/29 GHOSH BAGIAN LANE, COSSIPORE, KOLKATA 700002, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय SMALL SHOP				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 5000 x 12 = 60,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : पान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 अर्हदार्थक के साथ संबंध	
1.	SRIDHARTHA SUR	58	M	SELF	
2.	JHUNK SUR	42	F	WIFE	
3.	SUJAY KUMAR SUR	20	M	SON	
4.	ASHA SUR	16	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता का लिए विवर्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) एरीकी रखा के नोट 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) व्ययोजिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवर्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन 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 लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र।

- 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 Kashiya 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 प्रस्ताव में दिए गए 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 दृढ़ता से सहायता ली "कोशिया फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में ध्या गया है।
- 3) मैं यथुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रस्ताव को भेजा है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कियार)

- 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/but-unreproduce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन 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, सहायता/दत्त उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पालन से बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

जायेंदु के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

22/5/23

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:

- 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर हाउसिंग को ज़रा से सम्बन्धितों की "बौद्धिक परामर्शदाता" से विविध सहायता हो। स्थिति को ज़रा है, जिसे हम (हस्तगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो सर्वसाधारण और न ही अधिकांश में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारों सम्बंधन या किसी अन्य स्वीत से प्राप्त होती/पावले में रही या ले गई है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठन्देशन" से विकसित/वित्तित उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाठन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठन्देशन" द्वारा सहायता वित्तित-आवृत्त/सकल हेतु प्रयुक्त रही किंचा बता है तो सम्भवत किसी अन्य भी सरकारों सम्बंध या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जात है कि सम्भवत द्वितीय मदर उक्त होती/पावले हेतु किसी भी सरकारों सम्बंध या किसी अन्य सम्बंधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका पाठन्देशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है: रोगी या सम्भवत द्वारा से-गई सहायता या किंचे तपे उपचार/प्रक्रिया का सुचारु तरी एवं सम्भवत को केवल का विषय है और "कोशिका पाठन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दयात नहीं है। इसलिए सम्भवत में रोगी के इलाज सुचारु और जाने-बाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्भवत को होती और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकाली के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 09/02/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA EYE HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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