

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No. : k/0224/1258		APPLICATION DATE : 11/02/24		
NAME of APPLICANT : BADAL KANRAL		AGE-YEARS : 60	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MANMATHA KANRAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : UTTAR DURGAPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743337 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 7000x12 = 84,000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : XXXXXX1234				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SONALI KANRAL	50	F	WIFE
2.	HAREN KANRAL	22	M	SON
3.	GAREN KANRAL	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
☐ BPL Card (Attach Card Copy)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	☐ Ration Card (Attach Copy)	☐ Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2. SURGERY - RE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.	GOVT. HOSPITAL	5000/-		
2.	PRIVATE CLINIC	10000/-		
3.	CHARITY TRUST	2000/-		
4.	RELATIVE	15000/-		
5.	OTHER	5000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रभावता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की गई घोषणा यह है कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रभावता हेतु यह राशि/राशि का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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/post-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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के लिए सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित कर सकते हैं, जो कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों के माध्यम से, जिसमें कि भी प्रसारण माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। को प्रत्येक का विवरण मेरे द्वारा दी गई है कि मैं इस प्रारूप में "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता से इसी उद्देश्य के लिए अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Ashish Das

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 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.

हमने अधिलेखित, हस्ताक्षर की और से यहाँसे गोपनीय को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि, न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/नहीं दी जाती, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल भविष्य में प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली हुई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार को रोगी के चिकित्सक और अन्य चिकित्सकों के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमें सहायता से रोगी को इलाज प्रदान करने और अपने चिकित्सकीय दायित्वों को पूर्ण करने के लिए "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस कथन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/02/24

Dr. Ashish Das
M.B.B.S
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और मुद्रा

OPTIM AVANTI DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKARA HOSPITAL
हमारे पास हस्ताक्षर अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

Dr. Ashish Das