

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0224/1283		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 16/02/24			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : USHARANI MANDAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 79		SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हटुष्य का नाम : BARKAN DAI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता : HATGACHHA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS 743439, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता : — AS ABOVE —					
OCCUPATION व्यवसाय : HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 6000 x 12 = 72,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : Yes / No हाँ / 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.	USHARANI MANDAL	79	F	SELF	
2.	ANANTA MANDAL	52	M	SON	
3.	RISHI MANDAL	48	M	SON	
4.	CHANDANA MANDAL	42	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर)

- 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 फ़ॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही 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 मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", मैं उसे जोरों पर है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु पर चर्चा नहीं की है, इस मांग का आर्थिक या वित्तीय किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बोला कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 फ़ॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाईं थंब प्रिंटिंग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्पुल न्यासी, दान, वित्तपोषण दूसरी उद्देश्य से खुदो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", मैं उसे जोरों पर है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य से खुदो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", मैं उसे जोरों पर है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य से खुदो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं खुदो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", मैं उसे जोरों पर है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य से खुदो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", मैं उसे जोरों पर है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य से खुदो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं थंब 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थित/रिपोर्ट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि मैं तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेने का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निगीत सकारात्मक/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और उसे करने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई मुश्किल या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए, संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

16/02/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKARA (on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्दरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar