

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K/0224/1293 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 18/02/24 आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: MANASI DEY SAHA आवेदक का नाम:		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIJOY SAHA पिता/कन्या का नाम:					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासীয় पता ASHOKENAGAR KALYANGRAH (M), NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, 743263, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासिय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय:			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 6000X12 = 72,000/- कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्थायी खाता 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 / हाँ / No / 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	MANASI DEY SAHA	51	F	SELF	
2.	BIJOY SAHA	59	M	HUSBAND	
3.	BISAL SAHA	24	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE; सहायता हेतु किसे वर्ष 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 (SICS + 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 कौ गयी सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा/घर:

- 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 फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्पित/असत्य प्रमाण साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी घोषणा के साथ "कोशिका फाउन्डेशन", से भी यह स्वीकार करता हूँ कि, इसकी सहायता, इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिए बिना किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जा सकती है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस उद्देश्य का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य प्रदानकर्ता/रोजगार/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एकत्रित करे, प्रकाशित करे, प्रसारित करे, प्रसारण के माध्यम से वृद्धि/वित्तियता और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरी इच्छा के पूर्ण या अंशिक रूप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" ने प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकत्रित करे, प्रकाशित करे, प्रसारित करे, प्रसारण के माध्यम से वृद्धि/वित्तियता और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Manarshi Sahia

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यह घोषणा की जाती है कि, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि, न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तियता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक/पूर्णतः न मिले, तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तियता ही है। हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/02/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

रक्त व रक्त हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

Safarjy

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

Safarjy