

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0224/1296		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 19/02/24		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MIRA SAHA		AGE-YEARS : आयु-वर्ष 68	SEX : लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम SWADESH CHANDRA SAHA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 721/1, ASHOKENAGAR KALYANGARH (M), NORTH 24 PARGANAS 743222, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : व्यवसाय TEA SHOP		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 3000 X 12 = 36,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. : संघीय पहचान संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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 संबंध
1.	MIRA SAHA	68	F	SELF
2.	ARUP SAHA	41	M	SON
3.	SAMAR SAHA	36	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किए गये विनती 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 (SIOL + 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 सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 प्रत्येक व हिंदे का सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एक कारण असाध्य प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक, या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोद्ध/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ बाँ दाएँ साइड साइड, मैं (आवेदक) अपने नाम/पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह, न्यूज, पत्र, पत्रिका/या दुर्लभ वृत्तचित्र से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" व व्यापक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पुष्टि तथा सहायता का इच्छा रखी जायता इस समर्थन में "कोशिका" समूह अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ का निशान

Mira Seha

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालूम में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अंतिम/असफल हेतु पानु नही किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पुष्टि में स्वीकार करता जाय है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मालूम हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हेतु मेरी गई सलाह या किसी नवी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज-मुक्त और अपने जाने की बात जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/02/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

OPTIONAL SIGNATURE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKAR KUMAR DAS
मेरी व मेरी हस्ताक्षर व मुद्रा

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आमसी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आमसी हस्ताक्षर 2

Sankar