

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/0224/1300		APPLICATION DATE : 19/02/24	
NAME of APPLICANT : CHHABI SAHA		AGE-YEARS : 48	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NETAJ SAHA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 1075 MANEK TALA, HABRA (M), NORTH 24 PARGANAS, 743263 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —			
OCCUPATION : FOOD STALL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : 3500 x 12 = 42,000		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : XXXXXX			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : ☒ Yes / ☐ No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	CHHABI SAHA	48	F
2.	NETAJ SAHA	59	M
3.	NITU SAHA	21	F
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 : DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि अर्द्ध विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति एमि "बोलिका फ्लाइडॉकन", सही जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहमति हो वह प्रार्थना की गई है, उस एमि का अधिक या बहुत किसी किसी अन्य फ्लाइडॉकन/बीम/अपमोरी से न ले लिया है और यही प्रार्थना में लीगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 Keshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर से नीचे की लाइन लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाईल और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है। इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दात, वाचक/वाचक द्वारा उद्घरण से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का चिन्ता मेरे हस्ताक्षर के पते या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाईल और विवरण को कि स्वास्थ्य को उद्घरणों में प्रार्थित है मुझे स्वयं, महापुरुष का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

आपदेऊक वो हस्ताक्षर वा अंगठे वा निहात

Chabi Saba

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसकी अधिकतम गहराई को जोर से समझने के लिये को "भौतिक वास्तुवाद" से विद्विग्न कहा जाता है। जिसका अर्थ है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो संरक्षण और न ही संपिपा में स्थिति सराफत किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से प्रकाश रोटी/घामले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" को सिमलारिशिविनीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मार देना निज है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहामात्र चिपों आशिक/सकल होनु मनुष्य जो किय जल है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संसाधन से सहारा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोटी/घामले होनु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" में सी गई सहामात्र संकेत स्थिति प्रकृति की है। रोटी या हस्तगत द्वारा सी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोटी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में रोटी के इलाज सुझा और अपने जाने को जारी जिम्मेदारी रोटी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भुविक्ता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/02/24

Dr. Subash Chandra Das
MBBS, MS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका का पिन नं.

OPTIONAL AUTHORITY DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR JAIN HOSPITAL
पु. नं. १०१, कल्याण, ठाणे जिल्हा, महाराष्ट्र

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
रमेश कुमार

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Exemplar

list