

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0224/1315		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 23/02/24		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : JAHAR PANDIT		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 59	SEX / लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : LATE BHOLANATH PANDIT				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता : BHURSI BRAHMAN PARA, HARA, 741410, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास पता : — AS ABOVE —				
OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 6000X12 = 72,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. / पैन संख्या : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बंध
1.	JAHAR PANDIT	59	M	SELF
2.	LAXMI PANDIT	51	F	WIFE
3.	SUGHAS PANDIT	21	M	SON
4.	PRABHAS PANDIT	18	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किनलि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 किये गये निशानों 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 (SI/CS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कौनसे अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा (पढ़ें)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात से सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से जो कि जो है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो 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 बाएँ की उंगली का निशान लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा पत्रों, पत्रों, साधन/माध्यमों द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे उद्देश्य की पूर्ति के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी 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, उसके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली 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, हमारे द्वारा नीचे की ओर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तुत किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रेषित अधिकांश/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रस्तुत प्रस्ताव सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनीगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई उपचार या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और देने देने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/02/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजि. नं. व मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) होस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुहर
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
--	--