

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : K/0224/1324		APPLICATION DATE : 25/02/24			
NAME of APPLICANT : KARUNA MANDAL		AGE-YEARS : 69		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : FANINDRA MANDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : CHARAIKHALI, CHANDANPUR, HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS 743439, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : 8000 x 12 = 72,000/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ 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 सम्बन्ध	
1.	KARUNA MANDAL	69	F	SELF	
2.	FANINDRA MANDAL	80	M	HUSBAND	
3.	TORUN MANDAL	50	M	SON	
4.	TRISHAR MANDAL	45	M	SON	
5.	TAPASH MANDAL	35	M	SON	
6.	KABITA BARMAN	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
कोई बीज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof (अन्य कोई सबूत)					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE					
सहायता हेतु किसे गर्व निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी गई प्रतिबंधन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी 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/publish-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वसुधा/का दुसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का निराकरण मेरे इरादों को पालने या सत्य में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा पता, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है जुड़ने सवा: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 अधिकांश, हस्ताक्षर की ओर से समझते-राखें कि "कोशिका फाउन्डेशन" में विनियम सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियम सहायता किसी भी सकारात्मक सम्बंध या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदार्थ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी सकारात्मक रोगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदार्थ उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक सम्बंध या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा 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 के इलाज सुरक्षित और अन्य कार्य की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

25/02/24

Dr. Subash Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाहाबाद में निवास

OPTIM HOSPITAL DAS

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

SANKAR HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Sankar