

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0224/1340		APPLICATION DATE : 26/02/24		
NAME of APPLICANT : GAYITRI TARAFDAR		AGE-YEARS : 63	SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HIRALAL TARAFDAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KUMUDNAGAR, NASRA, NADIA, RANAGHAT, JAIPOUR WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —				
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 x 12 = 48,000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : ---				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : ☒ Yes / ☐ No				
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	GAYITRI TARAFDAR	63	F	SELF
2.	LATE HIRALAL TARAFDAR	71	M	HUSBAND
3.	SUSMITA SINHA	32	F	DAUGHTER
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 : सहायता हेतु निम्न दिये गये बिन्दु का उद्देश्य :				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.				
2.				

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा बयान)

- 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 प्रारूप में दिए गए सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एग्रे "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के मुताबिक के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एग्रेन्सिबिलिटी, चर, पाठ्यक्रम, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एग्रेन्सिबिलिटी का निर्णय त्रितीय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Gajendra Terebinder

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बयान)

- 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 मामले/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 स्तरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अतिशय/अव्यक्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय और उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी स्तरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की पूर्ण 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
सर्जरी का तारीख

26/02/24

Dr. Sankar Das
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर एवं मुद्रा

OPTOM ANAND DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKARA Jyoti Eye Hospital, Kharagpur, West Bengal

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आपसी हस्ताक्षर 1

Sankar Das

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आपसी हस्ताक्षर 2

Sankar Das