APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0225/1889

APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 10/2/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम BHAGHYA LAKSHMI CHHAIYAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष 68

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम RATAN CHHAIYAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
CHARSARATI BURAJPUR KALYANI
NADIA 741235
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
— AS ABOVE —

OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 5000 × 12 = 60000

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No हां / नहीं

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.	BHAGHYALAKSHMI CHHAIYAL	68	F	SELF
2.	GANESH CHHAIYAL	28	M	SON
3.	BALARAM CHHAIYAL	44	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये 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 (SICS + 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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT [illegible]

1. I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false information will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/withdrawal.
2. I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purposes as related 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 insurance/reimbursement/medical company of the amount for which this assistance is requested.

मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि [illegible] तो मेरे आवेदन [illegible] अस्वीकार किया जा सकता है।

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी जा रही सहायता [illegible] उसी उद्देश्य के लिए [illegible] किया गया है।

मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि [illegible] अथवा पूर्ण रूप से [illegible] बीमा कंपनी या अन्य किसी [illegible] से [illegible] राशि की प्रतिपूर्ति [illegible] नहीं [illegible] हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT [illegible]

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pub/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 fulfilment of the 'purpose' for which assistance is being requested.

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 of continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and binding on me.

[illegible] मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक), अपनी सहमति यह पुष्टि करता हूँ [illegible] "कोशिका" [illegible] निमंत्रण करता हूँ कि वह मेरा नाम, पता, फोटो एवं विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उस "कोशिका" एवम् ट्रस्टीगण द्वारा [illegible] के लिए अधिकृत है। यह उपयोग का विवरण मौखिक या मुद्रण या इलेक्ट्रॉनिक [illegible] के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिए अधिकृत है।

मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के किसी व्यवहार से [illegible] "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL [illegible]

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case (patient) for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept/agree:

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 a right to raise an [illegible] 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 course of the medical/surgical treatment conducted by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way [illegible] 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 any manner.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/रोगी का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हेतु (प्रमाणित) निम्न प्रकार से पुष्टि व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से [illegible] हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचना में यह बात साफ है कि अस्पताल द्वितीय अन्य [illegible] हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/[illegible] द्वारा [illegible] के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल [illegible] और अपने रोगी की जान [illegible] होगी एवं अस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. [illegible] Director M.E.D.S. [illegible] (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) [illegible]	[illegible] (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) [illegible]
10/02/25		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION [illegible]

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2