

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : K/0324/1370 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 6/03/2024 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : PRADIP MITRA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 52	SEX लिंग : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE NARAYAN MITRA पिता/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता A/63, BARACAT ROAD, SODEPUR POST OFFICE, KOLKATA, PANIHATI (N), NORTH 24 PARGANAS, 700110. WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : DRIVER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : [Blank] आय का पहचान संख्या					
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 सम्बन्ध	
1.	PRADIP MITRA	52	M	SELF	
2.	SUKLA MITRA	48	F	WIFE	
3.	PALLABI MITRA	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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 लिये गया है?					
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 पत्र

- 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 फॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे महापत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से गवाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से भी जा रही है, क्योंकि उपयोग जारी वित्त को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस उद्देश्य में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त महापत्र हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अतिरिक्त या मूल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT, (आवेदक द्वारा कर्ता)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उद्देश्य में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासी, दान, सहायता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे हस्ताक्षर की पहली या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे भत्ता; महापत्र का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)

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 और सहायता से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकृत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता से या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की 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 हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य ले जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविक्त या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

6/03/2024

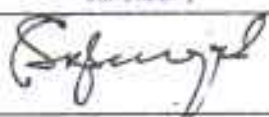


(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ, व

OPTIONAL AUTHORITY
Signature of Authorised Signatory
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
