

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Burthing block of life		
APPLICATION No.: <u>K/0324/1448</u> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <u>18/3/24</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>CHAYRA TARAFDAR</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष: <u>84</u> SEX लिंग: <u>F</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>JAMAT ALI TARAFDAR</u> पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>SANDESHKHALI, BHANGATUSHKHALI; NORTH</u>				
<u>29 FARGANAS 743148, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता <u>— AS ABOVE —</u>				
OCCUPATION: <u>HOUSE WIFE</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>₹1000 x 12 = ₹12,000/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. <u>स्थायी खाता संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):				
Yes / No हाँ / 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 संबंध
1.	CHAYRA TARAFDAR	84	F	SELF
2.	SAIFUDDIN TARAFDAR	56	M	SON
3.	KUTUBUDDIN TARAFDAR	52	M	SON
4.	MASTRUDDIN TARAFDAR	47	M	SON
5.	NORUDDIN TARAFDAR	46	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये वित्ति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोज्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषयी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>			
2.	<u>SURGERY — LE (SICS + IOL)</u>			
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 ले गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, चान, चान/द्वारा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी दूसरे माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रार्थित है जुड़े स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनेगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना 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 सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये। उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अशिका/सकारात्मक हेतु समझ नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर 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 रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/07/24

Dr. Shibashree Das
M.B.B.S. (H)
General Medicine
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व निशान

OPTOM ARJUN DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKAR ANANDH
ऑप्टिकल इंस्टीट्यूट

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2