

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building back of life.	
APPLICATION No.: K/0324/476 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 20/3/24 आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: CHHABI BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHABOTOSH NANDY पिता/हस्तुधर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता 21/11 NILMONI MITRA ROW TALA KOLKATA COSSIPORE, KOLKATA 700002 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: MAID व्यवसाय	MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED				
TOTAL ANNUAL INCOME: 2500X12 = 30,000/- कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)				
PAN No. स्थायी खाता 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 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 से संबंध	
1.	CHHABI BISWAS	64	F	SELF	
2.	SUMITA BISWAS	36	F	DAUGHTER	
3.	SUJATA BISWAS	31	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नौपै 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य		
"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 सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SISS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 सी गई सहायता राशी			

- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा किया)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेष्टा नई इमारतों का अंश का निर्माण

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.

इससे अधिकतर, इस प्रकार की ओर से मामले-पूरी को "कोशिका फास्ट-ट्रेस" से विभिन्न सहायता और निष्कर्षों को जारी है, जिसे आप (इस प्रकार) निम्न प्रकार से मान्य न ग्राहक करने है।

1. यह कि न तो धर्मगत और न ही धर्मिक वे विविध सहायक किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/रोगियों में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें “कोशिका काउन्टेरा” से सिप्राविड/डिडोसिन उक्त के सम्बंध में “कोशिका काउन्टेरा” द्वारा मदद हेतु कि है। यदि “कोशिका काउन्टेरा” द्वारा सहायता विनीत सतिष/सकास हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. “कोशिका काउन्टेरा” में ही गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी का हस्तगत द्वारा ही गई प्रशस्त या किन गरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्तगत के बीच का विषय है और “कोशिका काउन्टेरा” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में रोगी के इच्छा सुरक्षा और जाने जाने की सभी विधेयरी रोगी एवं हस्तगत की होती और “कोशिका” की कोई धर्मिक या विधेयरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/3/24

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

हमारे का नाम है हमारे वृत्ति

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

SANKU RUDRA INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हमाशर 2

Rich