APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन आकरुप

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0325/2052

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 01/03/25

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: BIDYUT ROY

AGE-YEARS आयु वर्ष: 73

SEX लिंग: F

FATHER's/SPOUSE's NAME पिता/पति का नाम: GOBINDA ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
INDIRA NAGAR, BLOCK-3, PANIHATI,
NORTH 24 PARAGANAS, 700115, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता:

OCCUPATION व्यवसाय: COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 3500 X 12 = 42,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr No. क्र० संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बंध
1.	BIDYUT ROY	73	F	SELF
2.	BEAUTY SAHA	50	F	DAUGHTER
3.	BISWANATH ROY	47	M	SON
4.	TUTUL ROY	45	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विधी का प्रयोजन

Sr No. क्र० संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक दस्तावेज में कार्ड की छाया प्रति संलग्न करें
(1)	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
(2)	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो

Sr No. क्र० संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा :-

1. I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will lead to my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
2. I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purposes, as stated in this Form, for which such assistance is 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 गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। कोई भी असत्य कथन पाया जाता है तो मेरा आवेदन निरस्त की जा सकती है।
2. मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता राशि [यदि प्राप्त होती है] केवल उन्हीं उद्देश्यों के लिए प्रयोग की जाएगी, जिसके लिए इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
3. मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि किसी भी अन्य संस्थान/नियोक्ता/बीमा कंपनी से इस राशि का आंशिक या संपूर्ण भुगतान प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT आवेदक द्वारा करार :-

I/ 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details or any [illegible] for which such assistance is requested/granted, will be automatically and by me not resulting in committing the said assistance. The decision [illegible] committing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation and their decision in this regard will be final and [illegible]

मैं, इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" एवं इसके ट्रस्टीगण को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित है, इस "कोशिका" द्वारा चाहे गये, प्रयोजन/उद्देश्य के लिए किसी भी माध्यम में जिसमें मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या इसके अतिरिक्त भी शामिल है, परंतु सीमित नहीं है, का प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। यह प्रयोग मेरा फोटो और विवरण का "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरे उपचार या "कोशिका" द्वारा चाहे गये उद्देश्य की पूर्ति से पहले या बाद में किया जा सकता है।

मैं, (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के किसी प्रयोजन या उद्देश्यों में [illegible] का प्रयोग नहीं किया जा सकता, जो संबंधित "कोशिका" द्वारा आवेदक सहायता का निर्णय करेगा और उसका निर्णय अंतिम होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL अस्पताल 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, we are requesting to get from Koshika Foundation. In the event 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 [illegible] consultant/consultants entrusted to 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 & it's outcome & safety of the patient and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

नीचे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से हस्ताक्षरों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हेतु अस्पताल, निम्न प्रकार से पुष्टि व स्वीकार करता है:

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में समान मरीज/केस के लिए हम किसी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से [illegible] हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/किसी अन्य मद के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता राशि वित्तीय सहायता हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल में उपलब्ध/किसी अन्य के साथ/से संबंध या किसी अन्य संस्थान से जोड़ा/या रखने का अधिकार सुरक्षित रखता है, इस पुष्टि में यह मुख्य रूप से कि अस्पताल किसी अन्य स्रोत से/या किसी अन्य संगठन से किसी समान मरीज के लिए सहायता प्राप्त नहीं करेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हेतु की गई सलाह के लिए [illegible] का चुनाव पूरी तरह अस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये अस्पताल ही रोगी के पूर्ण सुरक्षा और उसके बाद की सभी जिम्मेदारी होगी एवं अस्पताल का होगा और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी की तारीख	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S Gold Medalist Reg no. 71035 (Name of [illegible] Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद अस्पताल अधिकृत हस्ताक्षरी
01/03/25		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ट्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ट्रस्टी हस्ताक्षर 2

10.03.2022