

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: W/0424/0020 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 5.04.24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MAMATA BARAKANDAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 53 आयु-वर्ष	SEX: F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BINOD BIHARI पिता/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता PURATAN SAHEBKHALI, NORTH 24 PARGANAS 745439 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: MAID व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 X 12 = 54000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो प्रत्येक हो उस पर सही का निशान लगावे)					
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.	MAMTA BARAKANDAS	53	F	SELF	
2.	BABULAL BARAKANDAS	58	M	HUSBAND	
3.	TAPENDU BARAKANDAS	30	M	SON	
4.	SANPA BARAKANDAS	28	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सहीके रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विवर्तों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RG				
2.	SURGERY - RG - (SICSEFOL)				
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			

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 Kashioka 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 सोचता करता हूँ कि इस प्रकार से दिष्ट राय सारी विभागों में जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
2) मेरी द्वारा जो सहायता प्रति "कॉन्सिडर फाइनलेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में धरा रखा है।
3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि बिना सहायता हेतु मेरे प्रार्थना की गई है, उस राशि का जोतिवक या सकल हिस्सा किसी अन्य इंटर-विजिबल/बोना कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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/post-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.

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 ओरों को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका जायदेसन और उसके जारियों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और या कितना इस प्रपत्र में संक्षिप्त है, इसे "कोशिका" एवं जारियों, राज, वास्तविक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उल्लंघनियों के लिये किसी भी प्रकार बचपन से प्रभावित करने को लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का कितना मेरे इरादों को पहचानने या बदलने के लिए "कोशिका जायदेसन" व जारियों अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कितना को कि सहायता को उद्देश्यों से प्राप्ति है जुड़े स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं जारियों जारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आधेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

Mamata Barikanda J

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, सम्बन्धित की ओर से पामले/गो की "कोशिका काउन्टिंग" से विधि सहायता हेतु निवारित की जाती है, बिना हम (हमसे) निम्न प्रकार से अन्य व तरीका करते हैं।

- 1) यह कि वही सर्वप्रथम और वही भविष्य में द्वितीय महापता किसी भी सरकारों सरकार या किसी अन्य राज्यों में उद्भूत होगी/समने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मित्रांतराधिकारों उद्भूत के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता विनिर्दिष्ट अधिकार/सम्पत्ति हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अवस्थान किसी अन्य भी सरकारों सरकार या किसी अन्य सम्बन्ध में महापता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवस्थान द्वितीय चरण उद्भूत होगी/समने में हेतु किसी भी सरकारों सरकार या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होगी/लगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से भी यह अन्तर्धान अवलंबित प्रकृति की है। यहाँ पर हममतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होना एवं हममतल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा कितने प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसलिए हममतल में यहाँ के इलाज मुक्त और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी यहाँ एवं हममतल की होती और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी हम मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/11/24

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

हाकर का नाम प डाला प डाला प डाला

~~OPTION ASSIGN D45~~

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

SANFARJAN व गुरु हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

अन्त्यात्मिक उपपन्नं हि

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यासो ह्यष्टका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय्यो हस्ताक्षर 2