

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0424/0052 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12-04-24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: CHHABI BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष 64		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHABOTOSH NANDY पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 21/11, NILMONI MITRA ROAD, TALA, KOLKATA 700002 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: TEA SELLER व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 2000x12 = 24,000 कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. स्वयं 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 के साथ सम्बन्ध	
1	CHHABI BISWAS	64	F	SELF	
2	SUMITA BISWAS	36	F	DAUGHTER	
3	SUJATA BISWAS	32	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं सहायता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में चयन किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार की रकम के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कल)

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, याचनाएं आदि माध्यमों से मुझे प्रचारित करने के लिये प्रयोग करें। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की मदद के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना प्रकाशित नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, याचनाएं आदि माध्यमों का प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या से रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं की जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें उक्त रोगी/मरीज को बिना किसी भी प्रकार की मदद के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना प्रचारित नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना प्रचारित नहीं किया जा सकता।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता है कि वह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें उक्त रोगी/मरीज को बिना किसी भी प्रकार की मदद के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना प्रचारित नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना प्रचारित नहीं किया जा सकता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

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

डॉक्टर का नाम व रजि. नं. सह छाप

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

हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर 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

(Signature)

(Signature)