

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0424/0066 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 15.04.24 आवेदन तिथि:					
NAME of APPLICANT: MILAN HALDER आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 64		SEX लिंग M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Nimai Halder. पिता/कटुम्ब का नाम								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 22, PANCHANANTALA ROAD, SARAT BOSE ROAD, KOLKATA 700020 WEST BENGAL								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —								
OCCUPATION: SMALL SHOP व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐					
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. स्थाई 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 चिह्न लगावे)								
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 सम्बंध				
1.	MILAN HALDER	64	M	SELF				
2.	MAHATHA HALDER	60	F	WIFE				
3.	AJAY HALDER	33	M	SON				
4.	SUSHY HALDER	30	M	SON				
5.	SAMPA HALDER	26	F	DAUGHTER				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर विनती का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न							
1.	DIABINOSIS — CATARACT — RE							
2.	SURGERY — RE (ICG + IOL)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया हो?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत: यह:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में मिले एवं जारी किए गए सभी जानकारी को सच बता रहा हूँ। यदि कोई झूठा एवं गलत जानकारी दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस रकम का प्रतिफल या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति यही है कि इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए घोषित है उसे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

9/10/2022

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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से राज्य या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिए की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित न हो सके तो हमें अपने आप से उक्त रोगी/मरीज के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा/ले रही।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोक नहीं है। इसीलिए हस्पताल ने रोगी को हस्ताक्षर या मुद्रा और अपने नाम की सही विनियमों के साथ हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई धुंधला या विनियमों का पालन नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/10/22

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

नाम व पद के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature