

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0424/0083  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 18-04-24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MANOWARA BIBI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 69  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADAR BOX MONDAL  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
RAJAPUR, BASTRIBATI - TD,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
343201, LOBSTRENGAL

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हाँ / 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.	MANOWARA BIBI	69	F	SELF
2.	SANIM AKHTAR	27	M	NEPHEW

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	GLAUCOMA - RET. (SIC 7.10L)

**ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ले गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करे।

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विश्वास्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- मैं ईश्वर से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उक्त किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उपाय की नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/रोकथाम/बीमा कम्पनी से न ले 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 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 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपक्ष, दान, सहायता/युक्त उपचार से सुदृष्ट गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या निराला मेरे इलाज के खर्च या भरण में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्ष प्रदान किया है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मुझे स्वतंत्रता का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षर की ओर से यन्त्रोपयोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान में धारित करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से ली जायेगी/प्राप्त होगी या ले ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पिछले उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकतम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हमारा द्वितीय स्तर उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले ली जायेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं सहायता या बिना अन्य उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने खर्च की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/14/24	Dr. Sankar Das MBBS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	OPTOM ANANTA DAS Sankar Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SANKARA JON BELONGS OF HOSPITAL) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2