

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखालाल)	Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/0425/0006	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	01.04.2015	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	GAURHARI BERA		AGE-YEARS साल-वर्ष 78	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कफुल का नाम:	RAKHAL BERA		SEX लिंग M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बहाल आवासीय घर MAHAMMADPUR, RAMPUR, NANDIGRAM-I PURDA MEDINIPUR WEST BENGAL - 72631				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय घर				
<b>— AS ABOVE —</b>				
OCCUPATION: जबकता	SHALL SHOP		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	2000 X 12 = 24000/-		(Attach Proof of income) (आय का साल्य संलग्न)	
PAN No. स्पाई छाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप को दाता है (जो मात्र हो उम्र पर सही का निशान लाएँ)				
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 सम्बंध
1.	GAURHARI BERA	78	M	S/H
2.	RAKHAL BERA	70	F	WIFE
3.	DURGAPADA	45	M	SON
4.	JAYANTI DAS	92	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाई आवश्यक				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ अव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओपा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (L.E)			
2.	SURGERY - (STICS+IOL) L.E			
PGD ILLINOIA model ICSI & Intracytoplasmic Sperm Injection Substituted ICSI model treatment				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता गरी		

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषणा यहः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गए सभी विवरण जीव बानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। परं कोई विवरण एवं जगह असत्य दायर करता है तो मैंने यहांपर निश्चय की जा सकती है।  
 2) मैं द्वारा जैसा लिखा गया "कोशिका फाउंडेशन", से जी जा रही है, उसका उपलेख उसी उपर्युक्त विवरण की तुलने में लिख दिया जाएगा, जो इस प्राप्ति में दायर गया है।  
 3) मैं दूसरी कारण हूं कि विस स्थानका उन्नु वह प्राप्ति की रही है, उस दृष्टि दाता/संस्थाका या स्थान के लिए जिसे अन्य स्रोत/नियोजक/चीजों कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में सौंदर्य।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की धाप साकारा, मैं (अप्पेलेंट) अपने सहायता की पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूं कि मैंने यह समझा, कोटी और जो विवरण इस दस्तावेज में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दायर, याचनाएँ इसरे उद्देश्य से उन्हीं नामिकरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तुप सामग्री में प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका का विवरण ये इनाह के पहले या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यायी अधिकृत हूं।  
 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात में बहाया हूं कि मैंने नाम, पर्सन, कोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दर्शित है उन्हीं सत्ता, सहायता का हास्तार नहीं बनता। इस सार्वजनिक में "कोशिका" एवं उसके न्यायीय का निर्णय अधिकृत और बाधकारी है।

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

अप्पेलेंट का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशार

CMB. 280 1000

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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.

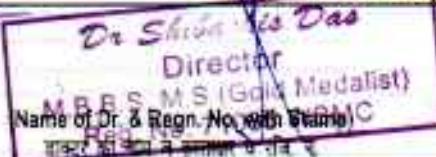
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से याचनाएँ/दायरों का "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता उन्नु निशारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) दिया प्रकार से मान्य तथा स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी ऐसे याचनारी सम्बन्ध में दियी जान्य सत्ता से उक्त गोटी/याचना ने लंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से नियोजित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर देनु किए हैं। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत अस्पताल/स्कॉलर हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गोटी/याचना के लिये अन्य सम्बन्ध में सहायता देने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध मदर उक्त गोटी/याचना देनु किसी और याचनारी गोटी/याचना के लिये अन्य सम्बन्ध में नहीं देगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लंगे रहे सहायता कंबल विविध उद्देश्य की है। लंगे या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सम्बन्ध या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का नुनाव लंगे एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य दर्शव नहीं है। इतनीदूर हस्ताक्षर में लंगे के रूपात् सुरक्षा और आरे जाने की सारी विमेश्वरी लंगे एवं हस्ताक्षर की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदी इस प्राप्ति में नहीं होती।

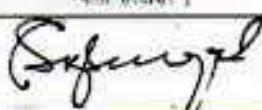
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती की दिए संस्कृति

Date of Surgery अंगूठे की तारीख 01-04-2025	 Dr. Avhijit Das Director M.B.B.S, M.S (Gold Medalist) Name of Dr. & Regn. No. 9876543210 Sankara Eye Bank & Eye Bank	<b>Optom Avhijit Das</b> (Name and Designation of Authorised Signatory) Sankara Eye Bank & Eye Bank गोपनीय हस्ताक्षर अधिकृत
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

आनंदिक उद्योग संग्रही

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2