

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building track of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0523/0143 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 08/05/2023

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: PANTU BAG AGE-YEARS आयु-वर्ष: 50 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुघ का नाम: HARI CHARAN BAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MENA, SAMUDRAPUR, NORTH 24 PARGANAS,

743222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS. 4000 x 12 = 48000/- (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 प्रत्येक हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध
1.	PANTU BAG	50	M	SELF
2.	SARMISTHA BAG	43	F	WIFE
3.	KRISHAN BAG	20	M	SON
4.	SOMNATH BAG	15	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

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 जी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस दस्तावेज़ में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी महापदा मिलान को रद्द करवाया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस दस्तावेज़ में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस महापदा हेतु अब या भविष्य में कहीं भी, इस रकम का आंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही वापस ले सकूँगा।

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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्बेड्डेड, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, ऑडियो, वीडियो/फोटो, इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा और/या जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करेगा। इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ। इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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, हमसहयोगी को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार 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/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/व्यक्ति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और करने के सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/2023</p>	<p><i>Dr. Shivshis Das</i> M.B.B.S M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ स्टैम्प</p>	<p><i>OPTOM ANURAG DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARABHARTI EYE INSTITUTE</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	