

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0524/0183**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **14/05/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **TAPASHI ROY**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: **64**

SEX: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SASABINDU ROY**  
पिता/पति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **10A SHIB SANKAR MULLICK LANE, SHYAMBABAR**

MAIL, KOLKATA, 700004 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**

OCCUPATION: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **3000X12 = 36,000**

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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 / हाँ / No / 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 संबंध
1.	TAPASHI ROY	64	F	SELF
2.	SASABINDU ROY	70	M	HUSBAND
3.	TANSHREE DAS	23	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विहित 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) अनायास कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**  
सहायता हेतु किये गए निवेदन 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 किन्हीं अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी हेतु सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसर करके एवं सही हैं। यदि कोई कथन सच नहीं प्रमाण प्रस्तुत करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रश्न में प्रस्तुत है।  
 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं भविष्य में या वर्तमान में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ, उस सहायता का भुगतान नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा कथन)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
  - 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लेख हैं, इस "कोशिका" समर्थन के लिए, पत्र, प्रसारण, मुद्रित माध्यमों से, वृत्त, ऑनलाइन और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने में प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रश्न का उद्देश्य मेरे इलाज को पूर्ण करने या पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मांगना है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, उन्हें अन्य स्रोतों का भुगतान नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका" समर्थन, ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

*Tapashi Roy*

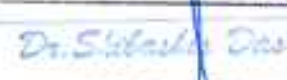

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 amount 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 अंगूठे, हस्ताक्षरों को जोर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता मांगने की स्वीकृति दे रहे हैं। यहाँ हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार कर रहे हैं।  
 1) यह कि - जो सहायता और वही वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मांगी है। इस बात का अर्थ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने पर हमें किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता मांगने से हमें किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से कोई सहायता नहीं मिलेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्ताक्षर करने से पूर्व स्पष्ट होना चाहिए कि कोशिका फाउन्डेशन का भुगतान करने पर हॉस्पिटल को सही का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मांगने का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने से पहले हमें स्पष्ट होना चाहिए कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता मांगने से हमें किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से कोई सहायता नहीं मिलेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>14/05/24</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JAIN HOSPITAL डॉक्टर का नाम, पद और मुद्रा
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
