

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: W/0524/0187 APPLICATION DATE: 14/05/24
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MADHURI SINGH AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 55 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: UMESH KR SINGH
पिता/हटुम का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
446, RABINDRA SARANI, B.K. PAUL, HATKHOLA,
KOLKATA 700005, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MADHURI SINGH	55	F	SELF
2.	UMESH SINGH	52	M	HUSBAND
3.	RAHUL SINGH	31	M	SON
4.	PRAKASH SINGH	28	M	SON
5.	SUSHMA SINGH	23	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनाश 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 (STES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस 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 AVAILED ती गई सहायता राशी
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। कहीं कहीं विवरण सच न माने जा सकें या बाद में भी आवेदन निरास हो या खारजी हो।
- 2) मैं इस बात को सहायक तौर पर "उद्देश्य" के रूप में घोषणा करता हूँ, कि यदि मुझे कौशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में सच है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में कभी भी, इस रकम का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/कर्मचारी/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही कभी भविष्य में ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) 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.
 - 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन प्राप्त करने की पुष्टि करता हूँ एवं "उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए मुझे प्राप्त होने वाले धन, चिकित्सा और अन्य सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में सच है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कौशिका फाउंडेशन के द्वारा या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रकार का उपयोग कौशिका फाउंडेशन द्वारा या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कौशिका फाउंडेशन के द्वारा या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रकार का उपयोग कौशिका फाउंडेशन द्वारा या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

✓ माधुरी सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory (Hospital) 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.

इसमें उल्लेखित, हस्ताक्षर की ओर से कौशिका फाउंडेशन को "उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से धन या सहायता कर रहे हैं।

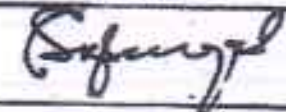
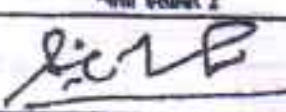
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि कौशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है।

2) "उद्देश्य" के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कौशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं होता है। अतः, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और अखंड जिम्मेदारी और सुरक्षा के लिए उत्तरदायी होना पड़ेगा, और कौशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/05/24	 Dr. Shibash Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका संकेत नं.	 OPTOM ARUN DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका संकेत नं.
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	---