

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0202  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 17/05/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RINA BODAK  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHARAN BODAK  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
KARATBERIA, HOWRAH, III/316 WEST  
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500x12 = 54,000  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. रवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1.	RINA BODAK	59	F	SELF
2.	CHARAN BODAK	64	M	HUSBAND
3.	SHOUTAM BODAK	31	M	SON
4.	SARASWATI BODAK	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/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 AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान दूँ तो मेरी आवेदन पत्र तथा यदि कोई सहायता मिले तो वह रद्द हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो भुगतान लेऊँगा 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को सक्षम करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग कर सकें, जैसे कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा आयोजित किए जाने वाले कार्यक्रमों के लिए धन जुटाने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरे नाम, पता, तस्वीर और विवरण का प्रयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण का प्रयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है। कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 Authorized 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.

हमारा अंगूठे/हस्ताक्षर, इस प्रकार की शर्तों से अनुमोदित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं:

1) यह कि न तो हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करेंगे या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं मिलेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है, उसे न तो हमारे उपचार/उद्देश्य का चुनाव करने से प्रभावित करेगा और न ही कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता मिलने के बाद भी हमें कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता मिलने से प्रभावित करेगा। कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेसन की तारीख  
17/05/24

Dr. Subash Das  
M.B.B.S M.S.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व इलाका का पता

OPTOM ANUPAM DAS  
SANKARA YOGI  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद, हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम 1 हस्ताक्षर 1  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम 2 हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*