


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		 Koshika Foundation Building block of life.	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: K/0529/0227 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/05/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SHANKAR SINGH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMKISHAN SINGH पिता/कथुन का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान उपासीय पता K.M. & OUTER 160 AUROBINDO SARANI SHYAM MANDIR, BURTOLLA, READON STREET, KOLKATA 700006 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई उपासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: PLUMBER व्यवसाय		MARRIED (निजाहित) / UNMARRIED (उन्निजाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = 72,000 कुल वार्षिक आय		(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 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.	SHANKAR SINGH	65	M	SELF	
2.	ARTI SINGH	38	F	DAUGHTER	
3.	PENKA SINGH	34	F	DAUGHTER	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपास्य पत्र (उपास्य पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपास्य पत्र (उपास्य पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपास्य पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निम्नो का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकरेन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + 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 ली 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत विवरण दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं गंभीरता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी मांग रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु का प्रयोजन मैं नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या कमतर हिस्सा किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्लेम, चित्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त होने तक मेरे नाम का प्रयोग "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निम्न सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने की पूर्ण शक्ति: सहायता का उपचार पूरी शक्त। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लेम, उत्सवों का निर्यात अधिकृत और सम्भवतः 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की शक्ति 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पाने में हमें या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद तथा उपचार हेतु किसी और संगठन से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

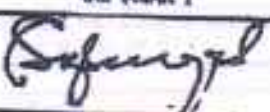
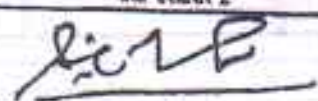
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उम्मीद है हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुदूर उम्मीद एवं हस्पताल को योग्य का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा निम्नी सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हस्पताल में उम्मीद से सहायता प्राप्त की जाने वाले को सही निम्न/उम्मीद की गई हस्पताल को उम्मीद और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/05/24	Dr. Sankar Das M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीयन	OPTOM. ANKUR DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. ए. इलाका/संगठन अधिकारी SANKAR FOUNDATION
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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