

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Koshika foundation) Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या	K/0623/0252	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	04/06/23
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	MST SHAKER BIBI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	50
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्रपति का नाम	AJIT MONDAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
DANGAPARA, GETINA, HANSKHALI, NADIA, 741305, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता			
— AS ABOVE —			
OCCUPATION व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	☒ / ☐
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
FAN No. स्थायी 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 लगाएँ)			
Yes ☒ No ☐ 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
1.	SHAKER BIBI	50	F
2.	BODHIAR MONDAL	52	M
3.	MAHABUL MONDAL	28	M
4.	KOHINUR MONDAL	24	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
SELF HUSBAND SON 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 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) उपभोक्ता 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 - RE		
2.	SURGERY - RE (3IC8 + DOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्बंदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 फ़ॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विश्वास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता स्थिर की जा सकती है।
- 2) मैं इस जा सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में धारा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह व्यय को नहीं है, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्बंदक 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 fulfilment 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 consuming 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 (अर्बंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में धर्जित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चान, साधक/या दूसरे उद्देश्य में पूरी तथ्यावली और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विशाल मेरी इच्छा को चाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्बंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रयुक्त है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्बंदक 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.
- इसमें अधिकृत, हमसारी की ओर से सम्पत्ति/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी से ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिक/सकल हेतु मजबूर नहीं किया जाय है तो हमसाल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसाल द्वितीय पदर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी मैं सहायता कराल निर्णय प्रकृति को है। रोगी पर हमसाल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसाल के बीच का विशय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में लगे के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को खरी निम्नोदारी रोगी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या निम्नोदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

04/06/23

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व सम्बन्ध दर्शाता स्टाम्प

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

SANKAR KUMAR DAS INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar