

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रोकथाम)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0624/0270 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SUDHANSHU BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS 78 वयस वर्ष	SEX M लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: LAKSHMAN BISWAS पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान का पता KHULNA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS 743442, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: समस्त निवास स्थान का पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय			MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. उपरोक्त स्थान पर					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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 से सम्बन्ध	
1	SUDHANSHU BISWAS	78	M	SELF	
2	AKSHIT BISWAS	32	M	SON	
3	AKASHINDU BISWAS	34	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नीच दी रेखा में नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपक्ष से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STEC + GOLS)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करना);

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी प्रार्थना एवं जारी रहेगी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "अतिरिक्त फंडेशन" से भी कह रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉय, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह द्वारा प्रचारित करने के लिये उपयोग करें और/या जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे प्रारूप को जारी रखने या नहीं करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का प्रसारण नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉय उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या बाईं अंगुली की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करी जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही सहायता नहीं लेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता के लिए कोई भी प्रभाव नहीं होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया हमारे अंतर्गत है और इसका निर्णय रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/प्रक्रिया और उसके परिणाम की पूर्ण जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/06/24

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

डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ

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

हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नर्सरी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नर्सरी हस्ताक्षर 2

[Signature]