

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य हेतु सहायता)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0624/0287		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 12/06/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु वर्ष		SEX लिंग
NABA MONDAL			55		M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम					
DHIREN MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
JELIYAKHALI PURBA KHANDA NABHA 24 PARGANAS 743329 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
CARPENTER					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
5000 X 12 = 60,000/-					
PAN No. क्या 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 चिह्न लगाएं):					
Yes / No हां / 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.	NABA MONDAL	55	M	SELF	
2.	TAPAS MONDAL	21	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ छवि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STCS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है/हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED ले गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाला व्यक्ति)

- 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.
- I scientifically 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.
- 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.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता माँगी "कोशिका फाउन्डेशन" से की जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बतलाया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक प्रयत्न नहीं कर रहा हूँ, जो कि मेरी या कोशिका या किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कर लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

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 enable 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिमूर्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, जो "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, दान, समर्थन/या दूसरे उद्देश्य से मेरी पहचान/विवरण और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता माँगी इसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपलब्ध होने के लिये दिये जा रहे हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: 

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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:

- 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.
- 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.

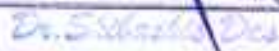
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमसे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। बिना इस (हस्ताक्षर) विना प्रस्ताव से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त उपलब्धता में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट इसका संभाव्यता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष तक लेगी/करने हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगी/करेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता संभव (वित्तीय प्रकृति की है) होगी वह हमारा/हमारे ही है। अंगुली छाप या छाप का उपयोग करने का निर्णय हमारे ही है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे/हमारे ही निर्णय से ही हमें सहायता मिलेगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या विनिर्देशीय इस मामले में नहीं होगी।

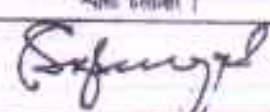
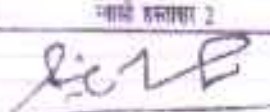
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/06/24	 M.D.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर	 OPTOM. AVANTEEAS (Name, Designation & Seal of Authorized Signatory) SANKAR, YOTHE, K. S. K. S.
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम की हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम की हस्ताक्षर 2 
---	--