

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0624/0289		APPLICATION DATE: 12/06/24			
NAME OF APPLICANT: GANGARANI MANDAL		AGE-YEARS: 65		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANTOSH MANDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MONDAL PARA, SANDISH KHALI, HATGACHA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED / UNMARRIED: [X] MARRIED [] UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No.: [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? Yes [X] No []					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	GANGARANI MANDAL	65	F	SELF	
2.	INDU NAI MANDAL	61	F	DAUGHTER	
3.	NRITUNJAY MANDAL	39	M	SON	
4.	PRATAPATI MANDAL	36	F	DAUGHTER	
5.	CHANDAN MANDAL	31	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच तथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत या नियोक्ता या बीमा कंपनी से न तो किसी भी रूप में मुक्ति के लिए नहीं कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) स्वयं सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इस "कोशिका" एप्यु मेडिटी, एन. कोशिका फाउन्डेशन से किसी भी माध्यम से, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एप्यु मेडिटी के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

- 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) किसी प्रकार से धन या ज़िम्मेदार नहीं हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अभाव में हमें यह मानना होगा कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता दी जा रही है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उसकी सुरक्षा का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के रोगी को इलाज देना और उसे सुरक्षित रखने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
शल्यक्रिया की तारीख

12/06/24

Dr. Sankar Das
M.B.B.S M.F.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता

OPTOM ANANTA DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKAR DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पहला हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पहला हस्ताक्षर 2