

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0624/0293		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/06/24			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : TILAKA MANDAL		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 66	SEX / लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम : ISWAR NARENDRATH PATRA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : HATGACHHA SANDESHKHALI II WORTH 24 PARUANAS 743439 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय : HOME MAKER			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 4000 X 12 = 48,000/-			(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. / पैन संख्या : 					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएं): Yes / हाँ					
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.	TILAKA MANDAL	66	F	SELF	
2.	SUBRATA MANDAL	33	M	SON	
3.	DEBABRATA MANDAL	33	M	SON	
4.	SUPRIYA MANDAL	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनियत आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) अन्वेषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नलिखित का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्यूमेंट सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (GCS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना है)

- 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 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.
 - 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 पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या सत्यता संशय पैदा करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब प्रार्थना की नहीं है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना)

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/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 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उद्देश्य में बताया है, इस "कोशिका" फंडम के माध्यम से, दान, सहायता/पुनर्निर्माण से जुड़ी गतिविधियों को प्रमोट करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम है। मेरे उपर का निर्णय मेरे उपर के पैसे या काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित की जा रही है, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फंडम के भरोदारों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरना)

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 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.
- 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 और से समर्थन/पेशगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम तो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में सक्षम हैं या नहीं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेशगी के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु संपन्न नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में जताया जाता है कि हस्पताल किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

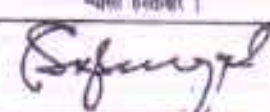
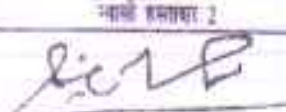
2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या निम्न अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव नहीं है। हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में कोई भी इलाज/पुनर्निर्माण और अन्य कार्य को जारी रखने/रोकने की पूरी ज़िम्मेदारी पूरी रूप 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 अपरेशन की तारीख 14/06/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR MOVI EYE HOSPITAL
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपकी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपकी हस्ताक्षर 2 
---	--