

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : K/0624/0299		APPLICATION DATE : 19/06/24			
NAME of APPLICANT : KARUNA MAHATO		AGE-YEARS : 62	SEX : F	 	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAJ KUMAR MAHATO					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ANPUKUR NORTH IV PARGANAS 743425 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : TAILOR		MARRIED / UNMARRIED : MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : 1500 X 12 = 18,000/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. :		(Attach PAN Card Copy)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
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 संबंध	
1.	UTTAM MAHATO	62	F	SELF	
2.	UTPAL MAHATO	36	M	SON	
3.	KANKATA MAHATO	31	M	SON	
4.	ANITA MAHATO	28	F	DAUGHTER	
5.		24	F	DAUGHTER	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मर्म किसी का उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न			
1.		DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.		SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या गलत जानकारी प्रस्तुत की जायेगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" के लोगो के साथ है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सच एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा है। यदि ऐसा हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

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 actionable to me.

1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या ओंठ के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इस "कोशिका" एप्लिकेशन, पत्र, बखर्क/या दूसरी माध्यम से दूसरी स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा है। यदि ऐसा हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग हो सकते हैं, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप्लिकेशन उनके अधिकारों का निर्धारण करेगा और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या ओंठ का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 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 best/ideal 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 सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने में होंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट वित्तीय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमारा निर्णय सहायता प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/प्राप्त करना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई सहायता या निम्न अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने या हस्पताल को रोगी का निष्पक्ष है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता प्रदान और अपने कार्य की सही विनिर्देशों रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी प्रक्रिया या विनिर्देश इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमत

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/06/24	 M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ व हस्ताक्षर के साथ	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) SANKAR DAS SANKAR DAS
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बर 1 हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बर 2 हस्ताक्षर
	