

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/0624/0300		APPLICATION DATE आवेदन तिथि		15/06/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		GURUPADA BHUINYA		AGE-YEARS आयु-वर्ष	55		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम		ISWAR GUNADHAR BHUINYA		SEX लिंग	M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान का पता							
SHULKUNI HASNA GAN NORTH 24 PALURAM WEST BANGAL 743426							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता							
— AS ABOVE —							
OCCUPATION : व्यवसाय				FISHERMAN			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				3000 X 12 = 36,000/-			
PAN No. क्या है छात्रा संख्या				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
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 / हाँ / No / नहीं			
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.	GURUPADA BHUINYA		55	M	SELF		
2.	KAUSHIK BHUINYA		21	M	SON		
3.	SANGRETA BHUINYA		19	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लिये विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE						
2.	SURGERY — LE (SIEST + IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया/हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, इसे "कोशिका" एडम्ब न्यासी, ट्रस्ट, चरम/पा द्वारा इच्छित न तो संग्रहीत/प्रकाशित और प्रसारित/प्रकाशित के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भुगतान की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल हैं, इसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एडम्ब उनके न्यासीयों का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

(Handwritten Signature)

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 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.
- हमारे अधिकृत, उपस्थित की जा रहे मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/रोगी से प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रकाशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा सकती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत/रोगी से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हम सहायता प्रदान करने के लिए सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत/रोगी को सहायता प्रदान करने में सक्षम नहीं हो सकते।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम हॉस्पिटल द्वारा ही सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हमारे द्वारा सहायता प्रदान करने का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

15/06/24

(Handwritten Signature)

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

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ

(Handwritten Signature)

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

SANKAR KUMAR DAS, MD, FRCS, FRCR

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Handwritten Signature)