

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)	
APPLICATION No.: K/0624/0306		APPLICATION DATE: 15/06/24	
NAME of APPLICANT: MIRA BOSE		AGE-YEARS: 72	
SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KAMAKHA CHARAN BOSE			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHENDRANAGAR, NATAGARH BHATPARA, NOAPARA, NORTH 24 PARGANAS 700113, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —			
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (निवर्धित) / UNMARRIED (अनिवर्धित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 1000 X 12 = 12,000/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. (सबसे छोटा संख्या)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / ☒ No / ☐			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	MIRA BOSE	72	F
2.	KRISHNA GHOSH	37	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु किये गए किसी का उद्देश्य)			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (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: (आवेदक द्वारा भरना)

- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन प्रमाण प्रस्तुत करता है तो मेरी राहत/सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में कहा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान की राशि, इस राशि का प्रतिफल या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- 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.
- इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञात कराता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" प्रत्यक्ष, प्रिंट, चित्र, ध्वनि, इत्यादि द्वारा सूचनाओं को जहाँ भी आवश्यक हो लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को निष्पक्षिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का निशान मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये दिये जायें, सहायता का इस्तेमाल नहीं करण। इस प्रत्यक्ष में "कोशिका" प्रत्यक्ष प्रकाशित करने के लिये अधिकृत और अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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 this matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जा में से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से राज्य से स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण में हमें यह पता चलता है कि सहायता वित्तीय मात्र है और कोशिका फाउन्डेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता प्राप्त की जाएगी, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में हमें यह पता चलता है कि हमें सहायता की राशि और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/06/24	 Dr. Subhas Das M.B.B.S. MS General Medicine (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ नं.	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI EYE INSTITUTE मेरे पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2