

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0624/0311

APPLICATION DATE 17/06/24

NAME of APPLICANT: BALARAM DAS

AGE-YEARS 74

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIRANJAN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

MILANBARH, PANIHATI (M), NATAGARH, NORTH

29 PARGANAS NORTH WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: SMALL SHOP

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72,000

(Attach Proof of Income)

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

(ता आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	BALARAM DAS	74	M	SELF
2.	SANDHYA DAS	68	F	WIFE
3.	SIKHA DAS	41	F	DAUGHTER
4.	SANJIB DAS	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्त 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) अभ्युक्तता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना है)

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता को पूर्णतः मेरे लिए निम्न उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिलाने की कोशिश कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 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 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 प्रश्न में मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में बताया है, जो "कोशिका" एनएम, एन, कल्याण/दवाइयों/उपकरणों से जुड़ी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रचारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए दिये गये हैं, केवल: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एनएम उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

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

- 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 it 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 ओर से हमारा/हमारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में होने का मेरे खेद है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रार्थना। उक्त बात संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विरही नवीकरणात्मक हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में उल्लेख किया जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा की गई सहायता का किताबें हमारे/हमारे/हमारे का कुशल हेतु एवं हस्पताल के स्वयं का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या इलाज सुचारु और जारी करने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए समझौता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Dr. Subash Das</i> M.B.B.S, M.S. Gen. Medicine (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ रजि. नं.	<i>OPTIM ARSHIKA DAS</i> Senior principal officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL & HOSPITALITY नाम व पद के साथ अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2
<i>Safaryal</i>	<i>Safaryal</i>