

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0624/0315 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 17/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: RADHARANI PORUI आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 54 वर्षों में आयु		GENDER: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BAKUL PORUI पिता/हusband का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DIGHACHI, GOBARIA AGAD, NORTH 24 PARGANAS, T-43425, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE — स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED / ☐ UNMARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No.: ☒ YES / ☐ NO आय कर पहचान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): Yes / ☒ No क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)					
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	RADHARANI PORUI	54	F	SELF	
②	BAKUL PORUI	61	M	HUSBAND	
③	DIPAK PORUI	28	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE: (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए बिन्दु आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नॉन्फ 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) बहुवर्धन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी या उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

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.

- [illegible]

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

- [illegible]

500000 के हस्ताक्षर या समुह का निर्माण

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) If 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिक, हमेशा की भाँति मैं सामान्यतः को "कोशिका बाइयोलॉजी" से विभिन्न सहायक हेतु विभागीयों की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से ध्यान में स्वीकार करते हैं:

- ॥ पर कि व तो परमान और व ही पवित्र व कृत्य सहाय किती व साकारी साधन व किती अन्य ज्ञान व कसा लोचमयाने व लेने व न छे व, केहे कि हमने "कौशिका काउन्सेल" व विमर्शक-विमर्श उक्त व साधन व "कौशिका काउन्सेल" द्वारा मरत हेतु कि व। पर "कौशिका काउन्सेल" द्वारा कृत्य किती शक्ति-सहाय हेतु मन्त्रु की किता जात व तो समस्त किती अन्य व साकारी साधन व किती अन्य सन्साधन व सहाय लेने व अधिकत मुक्ति सहाय व। इन पृथि व कसा कसा कसा व कि अन्तर्गत द्वितीय मरत उक्त लोचमयाने हेतु किती व साकारी सन्साधन व किती अन्य साधन व की लोचमयाने।

2. "कोशिका कायवेक्षण" से तो कई सहायक संश्लेषण प्रक्रिया की है। रोमी का हस्ताक्षर इस से कई सप्ताह या दिनों का उपयोग/प्रक्रिया का शुभल ठानी का हस्ताक्षर से लोग का विषय है और "कोशिका कायवेक्षण" इस किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोमी को इसका मुद्रा और अपने कले की सती चिन्मयी रोमी एवं हस्ताक्षर की रोमी और "कोशिका" की कोई श्रुतिगत या चिन्मयी इस काल में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Subashis Das
M.B.B.S. M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.सुभाष दास एम.बी.बी.एस. एम.एस.

OPTIONAL ATTEST DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
SANKARA TROTTI SANKARAN

अनुरागिण्ड उपलक्षणं हि

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हलना ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 श्रीमती इमरुता 2

Exempel

Signature: 