

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0624/0322		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 19/06/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: BULU PYNE		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68		SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: SANTOSH PYNE					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता: 15C, CHIDAM MUDI LANE, BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय पता: — AS ABOVE —					
OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 5000 x 12 = 60,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या:					
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.	BULU PYNE	68	F	SELF	
2.	DEBASHISH PYNE	43	M	SON	
3.	SUBASHISH PYNE	40	M	SON	
4.	SOMASISH PYNE	36	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किम्बलि आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रीखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किम्बलि गये बिमारी का उल्लेख:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किम्बलि अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कोई गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा कथन)

- 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 पर कथन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा कथन एवं झूठा आशय प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से भी प्राप्त होगी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में प्रकट किया है।
- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उसे यदि कोई व्यक्ति या संस्था बिना किसी अन्य प्रकार/पदवी/विकास सम्बन्धी में से तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा कथन)

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 acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अनिवार्य करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस फॉर्म में शामिल है, उसे "कोशिका" एनएमसी, एन, पाथन/या दूसरी उद्देश्य में मुझे भविष्य में और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार उपयोग में करती करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग यहाँ इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं करूँगा।

2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में शामिल है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएमसी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

✓ Bulu Pyne

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

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 the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होगी/करने में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में उल्लेख किया जाता है कि हॉस्पिटल द्वारा उक्त उक्त सिफारिश हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/करेगी।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से भी वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हॉस्पिटल द्वारा भी नहीं सहायता या सेवा को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं एक हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में सभी को इलाज प्राप्त और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी होगी, एवं हॉस्पिटल को सभी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या निर्णयों इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/06/24

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

हस्ताक्षर का नाम और इलाज के पंजी

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

हमारे द्वारा हस्ताक्षर और निशान अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जिसका हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जिसका हस्ताक्षर 2