

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षण)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: K/0624/0324 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE 19/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: RUPIYA BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 69		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IMAM HATI पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता GHONA, BASIRHAT-II, NORTH 24 PARGANAS 743445, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय 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 करें)	
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 को चिह्नित करें)					
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 से संबंध प्रत्यक्ष	
1.	RUPIYA BIBI	69	F	SELF	
2.	IMAM HATI	76	M	HUSBAND	
3.	AMIR HATI	40	M	SON	
4.	SAFIA BIBI	38	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये आधार (अच्छा)					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य अवसर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कबे बिना का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाकेट्स दूखी संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SIQS + 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 कोई राशि सहायता रही		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा कथन)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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 कथन करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं गलत कथन होना जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार के भुगतान या सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा कथन)

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 प्रत्यय का अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यय में शामिल हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, कल्याण/दान इत्यादि या किसी भी माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यय का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जाया जा सकता है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। इस सहायता का इस्तेमाल मेरी इच्छा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर/उपस्थिति का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 adopted/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.

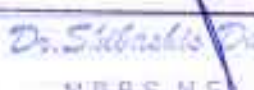
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मांगते/प्राप्ति की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से निरास हो जाया है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पूरा न कर सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता को प्राप्त करने के लिए उपयोग करने में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निरास/निरास होने के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कथन है कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकृत/अपवाद से मजबूत नहीं किया गया है जो हस्पताल किसी अन्य के सहायता को प्राप्त करने के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ यह है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त कथन को सहायता को सहायता को प्राप्त करने के लिए उपयोग करने में नहीं होगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या रोगी को हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज/उपचार और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी या हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

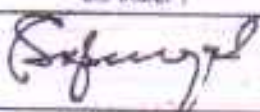
Date of Surgery अवकाश की तारीख 19/06/24	 Dr. Subashis Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. सुबाशिस दास के नाम के साथ छाप	 OPTOM. ANURAG DHAS Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARAJYOTI HOSPITAL कम न पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

