

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0624/0327		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 21/06/24			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MAYA BISWAS		AGE-YEARS / आयु वर्ष: 64	SEX / लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम: SAILENDRA NATH BISWAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: KUTTI NORTH 24 PARCANNAS 743502					
WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 5000x12 = 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 दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / हाँ ☒ / No / नहीं ☐					
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध	
1.	MAYA BISWAS	64	F	SELF	
2.	SAILENDRA NATH BISWAS	71	M	HUSBAND	
3.	SUBRATA BISWAS	31	M	SON	
4.	SUMAN BISWAS	34	M	SON	
5.	SAMARESH BISWAS	20	M	SON	
6.	MADHAI BISWAS	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार:					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैका 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या विकार का उपचार:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित नुस्खी 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 चुका है?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करना)

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या सचन सचन साबित पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस फॉर्म में सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु, पर प्रत्येक को नहीं है, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के द्वारा प्रत्येक को न हो सकिता है और न ही भविष्य में सकिता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अभिवृत्त प्राप्त है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए हैं, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, अपने साधन/संचार माध्यमों में सहायता हेतु प्रकाशित करेगा। इस उद्देश्य के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए दिये जा रहे हैं, वे सहायता के लिए दिये जा रहे हैं। इस सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिए "कोशिका" फाउन्डेशन के द्वारा किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:
- 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 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.
 - This 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रावधान के अंतर्गत हमें यह भी स्वीकार करना पड़ेगा कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उसकी सहायता का निर्णय हमारे/हमारी और रोगी के बीच होता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है। इसीलिए हमारे/हमारी से रोगी को सहायता प्रदान करने की सारी जिम्मेदारियाँ होती हैं। हमारे/हमारी को "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सहायता से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<i>[Signature]</i> M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर एवं छाप	<i>[Signature]</i> OPTOM. ARUN DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR KOTHELEVA
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>