

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: K/0624/0332

APPLICATION DATE: 21/06/24

NAME of APPLICANT: REBATI MRIDHA

AGE-YEARS: 64

SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LATE BENIMADHAN MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: धनबाद, झारखण्ड

DOLKHALI, KHULNA, NORTH TWENTY FOUR

PARGANAS: 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वही आवेदन पर

— AS ABOVE —

OCCUPATION: MAID

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 X 12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है?

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

हाँ / 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 संबंध
1.	REBATI MRIDHA	64	F	SELF
2.	ASIT MRIDHA	32	M	HUSBAND
3.	DEKASHI MRIDHA	35	M	SON
4.	ASHIL MRIDHA	32	M	SON
5.	ARCHANA GAXEN	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विवरण आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ 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 कबे विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुर्खी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (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 कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- 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 कथन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण साथ सत्य सही हैं। यदि कोई निरुद्धि या गलत जानकारी प्रदान की जा सकती है, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी जानकारी है, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, जो मेरी या मेरी परिवार या कर्मचारी या कर्मचारी के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी और न ही अधिक में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एनएम एनसी, एन, सहायता हेतु उद्देश्य में पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निवरण मेरी इलाज की पूर्ति या पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लब्ध अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रस्तुत है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम एनसी भरोदारों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Rebati Mishra

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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 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.

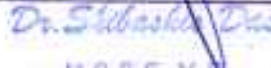
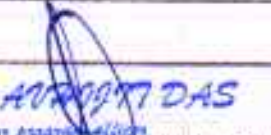
इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से समर्थन/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलने से तथा अन्य स्रोतों से होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/अन्य हेतु मरना नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय बार उस रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं सहायता का निर्णय हम (हस्पताल/हस्पताल) का चुनाव होगा एवं हस्पताल के चिकित्सक और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार देना और जहाँ जहाँ की जाती विनियमों से ही एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भविष्य का निर्णय/उपचार इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 21/06/24	 M.B.B.S M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. शिबाश्री दास के हस्ताक्षर के साथ	 OPTOM ANUPRIYA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) SANKARA EYE CARE INSTITUTE
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदा द्वारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदा द्वारा 2
