

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0624/0339
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 21/06/24
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : ILA NANDI
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 82
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE RADHARAMAN NANDI
पिता/पत्नी का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 15/1 ISWAR MILL LANE, BEADON STREET,
वर्तमान आवासीय पता :

KOLKATA 700006, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1500 X 12 = 18,000/-
कुल वार्षिक आय :

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

PAN No. : यदि छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	ILA NANDI	82	F	SELF
2.	RANJIT NANDI	76	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 20000 से कम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित नुस्खे 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 लीक गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पुरा

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या गलत जानकारी प्रदान की गई है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी तो मैं यह सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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.
- 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.
- इस प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) भरोसे सहायी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंच, पत्र, प्रसारण या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग करेगी। इस प्रमाण पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए प्रदान की गई है, इस प्रमाण पर उल्लिखित हैं। इस प्रमाण पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

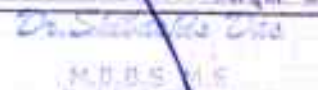
Ila Nandy

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यापस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिससे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से लाभ या नुकसान करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रमाण में उल्लिखित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में हमारा मतलब यह है कि हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा की गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार प्रदान और अपने कार्य को जारी रखने के लिए हॉस्पिटल को पूर्ण और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई जिम्मेदारता या जिम्मेदारता नहीं होगी।

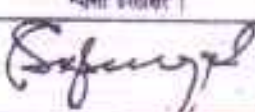
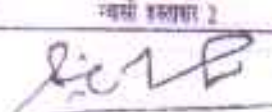
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/06/21	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर या मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का हस्ताक्षर
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--