

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: K/0624/0344 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE 22/06/24 आवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT : PRAFULLA MAKHAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 69	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUNDAR MAKHAL पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता KHANBERIA, ASHUTI, SOUTH 24 PARGANAS 700141, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : व्यवसाय SMALL SHOP	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 4500 X 12 = 54,000/-	(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 का चिह्न लगाएं)				
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
1	PRAFULLA MAKHAL	69	M	SELF
2	SANGITA MAKHAL	81	F	WIFE
3	RANJIT MAKHAL	33	M	SON
4	MIAMONI MAKHAL	30	F	DAUGHTER
5	SURPRIYA MAKHAL	26	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता की निम्ने दिवर्ति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आगत आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कबे दिवर्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2	SURGERY — LE (SIICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हुई?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD कोई गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 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 दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी चाह रहा हूँ, इसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
3. मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब तक किसी भी स्रोत से, इस रकम का प्रतिशत या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 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.
 - 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 (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञात करा रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, इस "कोशिका" एनएम के माध्यम से, मुझे उपचार के लिए आवश्यकताओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपचार के निष्पत्ति की प्रतीति या कार्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
2. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लेख है उसे अन्य-सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम के माध्यम से किसी भी प्रकार के प्रसारण और प्रदर्शनों को प्रोत्साहित किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

- 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:
- 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्ताक्षर) किए बिना हमें पता न मिलेगा कि:
- जो कि = हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे/करने में सक्षम नहीं हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिफल प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किसी वित्तीय सहायता हेतु समझौता नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रक्रिया में हमारा मतलब यह है कि हमारा वित्तीय सहायता प्राप्त कर रहे/करने वाले रोगी/रोगी को किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं मिलेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी चाहिए सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना हमें सहायता/प्रक्रिया का चुनाव नहीं है। हमारा मतलब यह है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हमारा मतलब यह है कि हमें कोई प्रस्ताव नहीं है और हमें पता है कि "कोशिका" की कोई भी प्रक्रिया या प्रक्रिया इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Dr. Subhash Das</i> M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. सुभाष कुमार दास, एम.बी.बी.एस. एम.एस.	<i>OPTOM ARABIND DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKAR HUYIPHAY HUYIPHAY
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE I
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE II
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

[Signature]