

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: K/0624/0348 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 23/06/24 आवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT: NIRJALA BHAKTA आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 54		SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NEMAI BHAKTA पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्मान आवासिय गरा BANIBAN, HOWRAH TISTIG, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासिय गरा — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (लाघ साध सिलान)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): काय आय कर छल ई? (को मान्य हो उस पर चही को निशान लगावे।) Yes / हाँ / NO / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवारा बिबरन					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवारा के सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिङ्ग	Relation with Applicant आवेदक से साथ सम्बन्ध	
1.	NIRAJALA BHAKTA	54	F	SELF	
2.	TAPAS BHAKTA	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता की लिख दिक्ती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नीचरी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति सिलान करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जलय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति सिलान करो)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपोष्ठा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उति सिलान करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध		
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने दितो वा उपदेश-					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिकेशन नूची खोलन				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उपदेश के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल पाछा है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE की गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण से लिए किया जाएगा, या इस प्रत्यय में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्यय को नहीं है, उस रकम का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार-दाता/बिमा से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "वार्डन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रत्यय में घोषित है, इसे "कोशिका" फाउन्डेशन, वार्डन, कर्मचारियों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यय का विवरण मेरी प्रत्यय के पहले या बाद में किसी भी माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत में प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउन्डेशन वार्डन के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

निजामा डीआ

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- हमने यहाँ घोषणा, हस्ताक्षर की और वे सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करने हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता से लेते हैं या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रति हमारे सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/प्रकाशित हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में जल्द प्राप्त जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता सही प्रकार से प्रकाशित है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निम्न माध्यम/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्पताल को रोग का निदान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी को उपचार प्राप्त और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी होती है हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/06/24	Dr. Siddhartha Das M.B.B.S M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और र.	OPTOM ANUPAM DAS Senior Designation Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA VEDIC HOSPITAL
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2