

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0723/0402		APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 25/7/23			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम ANOYARA PAIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम MAHI UDDIN PAIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता PASCHIM YADABNAGAR, DAKSHIN RAJBARAM- PUR, KULPI, SOUTH 24 PARGANAS, 743348, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. स्थाई करणी 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 सम्बंध	
1.	ANOYARA PAIK	55	F	SELF	
2.	ANBARALI PAIK	28	M	SON	
3.	MANIKA PAIK	22	F	DAUGHTER	
4.	RAZZAKALI PAIK	20	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय उच्च वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 किमी अन्य स्रोत से लीया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा करें):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी भविष्य विधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मांगी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि किसी भी प्रकार से मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो राशि लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करार):

1) 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेड्ड नाम, पता, फोटो या अन्य उद्देश्य से कुछ विज्ञापनों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विकास मेरे हस्ताक्षर के पता या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लाभाई अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बेड्ड नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने और उपयोग करने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

1. अर्शेक द्वारा घोषणा

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमने/हमारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता के रूप में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत पर ध्यान देना कि किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी तरह से सहायता हेतु किसी भी सहायता के रूप में किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के रूप में प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को सहायता का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और उचित होने के साथ निरीक्षण एवं एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S.
(Name of Doctor with Stamp)
डॉक्टर का नाम और मुहर

OPTOM ANSHU DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
SANKARA JYOTI HOSPITAL
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safaryal

Shibashis Das