

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0723/0424	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	30/07/23	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SABITA DAS	AGE-YEARS : आयु-वर्ष	52	
		SEX : लिंग	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	NIMAI BHUNIA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता				
RAMAPUR, HATGACHHA, HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS, 743439, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION : व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)		
PAN No. : संलग्न खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				
Yes / हाँ / No / 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.	SABITA DAS	52	F	SELF
2.	HAZARI DAS	56	M	HUSBAND
3.	MANA DAS	30	F	DAUGHTER
4.	JUMPA DAS	26	F	DAUGHTER
5.	SAMIRAN DAS	24	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरीत आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SIAS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रही		

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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठ साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से सी सी रख रहा हूँ, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही अधिक राशि प्राप्त की है।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी आस्थाओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, मेरे परिवार/मेरे डॉक्टर/मेरे डॉक्टरों के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। या इसका उपयोग मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को इकट्ठा करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। या इसका उपयोग मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को इकट्ठा करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा, मेरे परिवार/मेरे डॉक्टर/मेरे डॉक्टरों के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। या इसका उपयोग मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को इकट्ठा करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भविष्य में को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्ताक्षर) जिस प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/सिफारिश हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सी सी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत होने से पहले या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी की इलाज शुरू और करने करने की सभी विनिर्देश रोगी एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" को कोई भी विनिर्देश या सहायता नहीं दी जा सकती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/11/23	Dr. Shibachis Das M.B.B.S, M.S (Name of Gold Medalist with Stamp) Regno: 71035	OPTOM ANUPAM DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL जय से नमो सूर्य को
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2