

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0823/0429 APPLICATION DATE: 30/07/23  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: KANAK PROVA DAS AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 80 FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUDHIR CHANDRA SAMADDER  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

52/2 ASHOK NAGAR, KALYANGARH, NORTH 24

PARGANAS, 743222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL  
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर 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  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | KANAK PROVA DAS                                   | 80                         | F              | SELF                                          |
| 2.                     | SUNIL CHANDRA DAS                                 | 84                         | M              | HUSBAND                                       |
| 3.                     | MITHU DAS                                         | 58                         | F              | DAUGHTER                                      |
| 4.                     | SOHAN DAS                                         | 52                         | M              | SON                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>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 किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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 दिए गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण गलत या झूठ है तो मेरी प्रार्थना विरक्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो संस्थाएँ "कार्यका" काउन्सिल" से ली जा रही हैं, उनका उपयोग उम्मेदवारी की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि विश्व स्वास्थ्य सेवा प्रदान की जा रही है, इस राशि का जोरिफा या प्रकार हितकर किसी अन्य क्षेत्र/योग्यता/योग्यता से न ली जा रही है और न ही भविष्य में ली जा

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हिक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी 'व्यक्तिगत' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् उसकी, वार, प्राप्ताया दूसरें उद्देश्य से तृतीयाधिकारियों को उपयोग के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण को इच्छा के पालने या बात से कानूनी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व तन्वी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महाप्राप्ता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः स्वतंत्रता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षा की इलाज या अंग्रेजी का निदान

Kanak Prava Das

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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 अधीन, हमारी ओर से हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मालूम में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता उक्त के समर्थन से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मقرر हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ति अग्रिम/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सरकारी स्रोत या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि जलपात द्वितीय मरर उक्त रोगी/मालूम हेतु किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य सहाय से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या इमरालत द्वारा दो गई सलाह या किने गए उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा न ही बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इमरालत में रोगी के इलाज सुझा और करने करने को जारी निम्नकारी रोगी एवं इमरालत को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विमोहनी इस मामले में नहीं होगी।

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>20/7/23 | <p style="text-align: center;"><b>Dr. Shibashis Das</b></p> <p style="text-align: center;"><b>M.B.B.S.M.S</b></p> <p style="text-align: center;">(Name of the Doctor with Stamp)<br/>         डॉक्टर का नाम और मुहर के साथ<br/>         Reg. no. 71034</p> | <p style="text-align: center;"><b>OPTOM ANAND DAS</b></p> <p style="text-align: center;">(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>         (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>         on behalf of Hospital)<br/>         SANKAR NIGRAH INSTITUTE</p> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामो हस्ताक्षर 1                                          | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामो हस्ताक्षर 2                                           |
|  |  |