

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/0724/0391		APPLICATION DATE : 04.07.24	
NAME of APPLICANT : KAUSHALYA BISWAS		AGE-YEARS : 64	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHUSAN BISWAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DAMUNMURA MAIN ROAD, MANU, BARASAT-1, NORTH 24 PARGANAS 700128, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : HOUSEWIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 x 12 = 72,000		(Attach Proof of Income)	
PAN No. :			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	KAUSHALYA BISWAS	64	F
2.	BHUSAN BISWAS	69	M
3.	PRASANTA BISWAS	36	M
4.	SUSPANTA BISWAS	32	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
SURGERY - LE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 Kashi 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कीटिका कार्यक्रम" में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल विपक्ष किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वाचन)

- 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/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.ए.न्यूसी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यूसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.ए.न्यूसीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अथैवम् कं हस्तधरं वा अंगुष्ठं वा निशान



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, हस्ताक्षरी को जोर से मान्य/गोपी को "कोशिका फाटनेवाला" से विनियम सहायता हो सकारिता की जाती है, जिसे हम (हमेश्वर) विनम्र प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध महापक्ष किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य खाते से उक्त रोगी/बामन से लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/विनिर्गत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विनिर्गत अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रा नहीं किया जात है तो सम्भवतः किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि सम्भवतः द्वितीय पदर उक्त रोगी/बामन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले महापक्ष केवल विविध इच्छा की है। रोगी पर सम्भवतः द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीविषे सम्भवतः में रोगी के इलाज सुख और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्भवतः की होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिरिक्त का तारीख 04.07.21	Dr. Subashis Das M.B.B.S. MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व सम्बन्धन का तारीख	0270M 412-07 2-15 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्बन्धित अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		