

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 4/0924/0728 .. आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 02/09/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: NANDA MANNA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SRIDATI PRAMANIK पिता/कटुम्भ का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता KHARIAT ABAD KHARIAT HASTI NORTH 24 PARAGANAS -743442					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता AS - ABOVE					
OCCUPATION: FISH STALL व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36,000 /- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का सत्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
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 सम्बन्ध	
1.	NANDA MANNA	64	M	SELF	
2.	SUSAL MANNA	30	F	WIFE	
3.	UMITA PRAMANIK	35	F	DAUGHTER	
4.	MAMONI MANNA	33	F	DAUGHTER	
5.	UTTAM MANNA	30	M	SON	
6.	GOUTAM MANNA	31	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) प्रतीकी रेखा 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 विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)				
2.	SURGERY - LE (SICS + 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 कौन सा सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: अवधिका आयशा 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 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 सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विकरण मेरी जानकारी को समुदाय में एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की सहायता राशि "कॉलिंगा काउन्सिलर", मेरी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य चोट/निषेधांक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 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 प्रपत्र पर अपने बख्शिश या अर्पण को ज्ञापन कराकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कारागृहों में और उनके व्यापारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् व्यापार, पान, पाक/या दूसरे उद्देश्य से बुकी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका कारागृहों" व व्यापार अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यापारों का विपणन अतिम और बाध्यकारी होगा।

अज्ञान ही वस्तुचिन्ता या जगृहें का निधान



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, हरनाथजी की ओर से मामले/पीसी को "कोसिका फाउन्डेशन" से विलीन स्थापना हनु मिकानिडा की जाती है, जिसे हम (हमकार) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही धर्मग्रन्थ में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/घायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकाइनिश/विनिहित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हो चुके हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित आर्थिक/सकल हो अनुमति नहीं किता जात है तो आपत्तल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिहित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/घायल हो किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले सहायता केवल विधित प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा भी यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमस्पताल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 02/09/24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तबियत	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2	
		