

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1124/1217 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 16/11/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष	SEX लिंग		
TAPAN BAIKRAJI		50	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम		BHAKTADAS BAIKRAJI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता		HARISH PUR, PACHIMPURA, BASIRHAT (M), NORTH 24 PARGANAS 743412, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पता		— AS ABOVE —			
OCCUPATION: व्यवसाय	PLUMBER		MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	4500x12 = 54,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. स्पष्ट खाली रखें					
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 सम्बन्ध	
1.	TAPAN BAIKRAJI	50	M	SELF	
2.	BASANT BAIKRAJI	53	F	WIFE	
3.	TANMOY BAIKRAJI	22	M	SON	
4.	TANIMA BAIKRAJI	18	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SILS + 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 एवं प्राप्त सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यहाँ पर कक्षा में कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्त/बीमा कम्पनी से न लो लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिेक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप सहित, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, धन, साधकता आदि उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के रहते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है भुले स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जानेदक के इमलाखर का अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा समझौता)

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.

इसने अधिभूत, इसकाही की ओर से सम्बन्ध/योगों को "कोशिका फटने-भंगन" से विविध सहायक इंतु निचोड़ने की जाती है, जिसे हम (हमपात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकारी के विचारों को ही सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उठा लेना ही है, बल्कि इसे "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्गत करना ही संभव है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यह नष्ट हो कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत अधिकार/सफल होना संभव नहीं है तो असफल कितनी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर/स्तर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल विनिर्गत मदर उपाय लेना ही है कि किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विनिर्गत इच्छा की है। सभी पर हमला द्वारा ही यह सहायता या किसी अन्य स्तर/स्तर का पुनर्गठन एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमला में सभी को इसका सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी सभी एवं हमला की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/11/24	Director MRBS MS (General Radiologist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहाबाद अश्विनी अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	