

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Head/Incharge) (आचार्य/रेड्डी)		 Koshika foundation <i>Building block of life.</i>	
APPLICATION No. : ५/1223/0932 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 09/12/23 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : CHARULATA HALDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 61 वय-वर्ष	SEX : F लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME : BADAN MONDAL पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>वर्तमान आवासीय पता</u> HATIGACHHA NORTH TWENTY FOUR PARGANAS 143439 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>स्थायी आवासीय पता</u> — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 9500 X 12 = 54,000 ₹ कुल वार्षिक आय			Attach Proof of Income (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : <u>स्थायी खाता संख्या</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर 'हाँ' का निशान 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 से क्या सम्बन्ध	
1	CHARULATA HALDAR	61	F	SELF	
2	DULIP HALDAR	36	M	SON	
3	LAKSHMAN HALDAR	30	M	SON	
4	GUNA HALDAR	27	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सभी सदस्यों के नामों पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निशानी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की 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 ली जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं झूठा दावा प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात से गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सौंपे जा रही हैं, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट किया गया है।
- 6) मैं पुनः पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कम्पनी, से किसी भी प्रकार की रकम प्राप्त नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या बायाँ बाईं अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। मैं इस बात से गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से सौंपे जा रही हैं, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट किया गया है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित होंगे। मेरी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित होने वाले मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिए प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा लगाकर

डा. मणि राम मणि

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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.

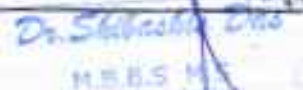
हमने स्वीकृत, हस्ताक्षर की और से यह घोषणा करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रस्ताव से सच व सही बयान करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह बात स्पष्ट है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सौंपे जा रही सहायता केवल वित्तीय सहायता है। रोगी को हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का निर्णय नहीं लिया जाता है। हॉस्पिटल के चिकित्सकों के बीच रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/12/21	 M.B.B.S M.D. Govt. Medical College (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory का हस्ताक्षर व पद) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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