

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K / 1.224 / 1459	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	17/12/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	ANARAJAN BIBI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	72
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम	CHAKA MOLLYA	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता			
LAKAR BAGAN, KHASISALANDA, HAROA, NORTH			
24 PARGANAS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>			
OCCUPATION: व्यवसाय	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	3000 x 12 = 36,000/-	(Attach Proof of Income) (अनुप्राप्त का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. संयुक्त राजस्व 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 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
1	ANARAJAN BIBI	72	F
2	CHAKA MOLLYA	43	M
3	CHAKA BIBI	38	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी 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 लिये गयी 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: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया या वास्तविकता से भिन्न प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसका पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एनएफ आर, या, अन्यथा इस उद्देश्य से चुने गए माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरे प्रारूप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मुझे स्पष्ट है कि सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संधि में "कोशिका" एनएफ आर न्यासी या निर्णय लेता है और सहायता देता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



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 (Hospitals) 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, इस प्रकार की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता हेतु सिफारिश करने या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने में लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय करने के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद देना है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अविरत/अविरत देना मना नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि हस्पताल विशेष रूप से सहायता हेतु सिफारिश करने या सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या दवा के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और देने करने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या निष्कर्ष इस संधि में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/12/24	<i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S.M.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न	<i>(Signature)</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>