

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1224/1485 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/12/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: KUNTAL ACHARJEE अर्जितक का नाम		AGE-YEARS मास-वर्ष 36	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KAMAL KUMAR ACHARJEE पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास स्थान या 450 NIRANJAN NAGAR CHAPLIA NORTH 24 PARGANAS 743133 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास स्थान AS ABOVE				
OCCUPATION: SMALL SHOP व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60000 कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. एमआई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगा दें)				
Yes / Ha हाँ / 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 अर्जितक से संबंध
1.	KUNTAL ACHARJEE	36	M	SELF
2.	ANKITA ACHARJEE	29	F	WIFE
3.	TRISTIKA ACHARJEE	9	F	DAUGHTER
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य जन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या निम्नलिखित कारण है:				
Sr. No. क्रम संख्या	<i>Medical Reports/Prescriptions Attached</i> अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतिप्रेषण सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SILS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 गलत एवं कथन असत्य प्रमाण प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग बस वही उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, साप्ताहिक पत्रिका, रेडियो, टी.वी. के माध्यम से या अन्य किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी स्वीकृति का अर्थ यह है कि मैं अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं अंगूठे का निशान

M. Kantil Acharya

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से समर्थन हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्राप्त करने के लिए हमारे पास केवल वही उद्देश्य के लिए किया जाता है जो इस प्रारूप में पत्र किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इस प्रकार हमारे पास केवल वही उद्देश्य के लिए किया जाता है जो इस प्रारूप में पत्र किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S.M.S.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Designation with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कनिष्ठ उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

Dr. R. K. Das