

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.					
APPLICATION No.: K/1224/1519		APPLICATION DATE: 24/12/24					
NAME of APPLICANT: SWAPAN DARUI		AGE-YEARS: 63					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGADISH PARUI		SEX: M					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MUDIPUR, PANA, SOUTH 24, PARAGANAS, PANARHAT 733504							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: VEGETABLE SELLER		MARRIED (निर्वाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48000		(Attach Proof of Income)					
PAN No. (आपका PAN संख्या)							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	SWAPAN PARUI	63	M	SELF			
2.	JAPATI PARUI	68	F	SISTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basic/Proof	
(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		(अन्य कोई प्रमाण)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
DIAGNOSIS - CATARACT - LE							
SURGERY - LE - (SIOS + IOL)							
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
NAME of OTHER SOURCE							
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी वांछित है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये सिद्ध करेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का वापस या संपूर्ण निरस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में होना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, राज, वाचनालय दूसरे मसौदा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" 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 मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक से हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

Swapan Parida

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 (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, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिये हम सहायता से किसी अन्य स्रोत से उस सहायता के लिये लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया तथा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट करिब/प्रक्रिया हेतु मन्सुख की जाते हैं तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी सहायता हेतु किसी भी सहायता हेतु या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/ले रहे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा या चिकित्सा के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हितों सुरक्षा और अपने कर्तव्य की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Sufan</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>Dr. R. K.</i>
--	--