

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0423/0075

APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 12/04/23

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : KALYANI SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 55

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : SATISH SINGH

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता :

M870 PORBA TUSHKHALI, NORTH 24 PARGANAS

743496, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता :

— AS ABOVE —

OCCUPATION : व्यवसाय : HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध
1.	KALYANI SINGH	55	F	SELF
2.	DEBASISH SINGH	37	M	SON
3.	GOURI SINGH	28	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SISS + DOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया तो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अभिज्ञान प्रमाण 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 Kushtika 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 प्रश्नावली में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापत्रा निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस जांच महापत्रा प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है; इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्नावली में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि जिस महापत्रा हेतु एक प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अतिरिक्त का मुआवजा किसी-किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगा और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT | 訂約者 同意 書 |

- 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/print/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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि ग्राह्यता के उद्देश्यों में प्रयुक्त हैं, ग्राह्यता का हस्ताक्षर नहीं बनाया। इन सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपर्युक्त व्यक्तियों का लिखा, अलिख और कथनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आविर्भाव वा इत्यन्तत्वा वा अगते वा निशान

20/05/2020

AGREEMENT by HOSPITAL : (624044 201-671)

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, हमलाधारी को भी से सामले/लंगी को "कॉशिकर फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायत हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसल) विम्वे उधार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो धर्मग्रन्थ और न ही चरित्र में विविध महापरा किसी भी साकार संस्थान या किसी अन्य इच्छा से उसका स्वीकार्यता में लेता या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" में सिफारिश/विमर्श उसका के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा प्रदर्शित है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा महापरा विमर्श अस्वीकार्य/स्वीकार्य हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकार संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से महापरा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि से स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उसका स्वीकार्यता हेतु किसी भी साकार संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका काउन्डेशन" में लेने गये महापरा केवल विविध प्रकृति की है। राती या हमपास द्वारा ही गये समस्त या जिनमे गये उपचार/इच्छा का मुख्य स्वीकार्य हमपास को प्राप्त हो सिका है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयत्न नहीं है। इसलिये हमपास में राती का प्रयत्न प्रस्था और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी राती एवं हमपास को होती और "कोशिका" को कोई धर्मिक या वैज्ञानिक/इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृत्य कं लिप्य संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभियोजन की शर्तें

12/04/23

Dr. Shibashis Das

www.sms

old the

שבת, כ"ב טבת, תשס"ב

(Name of Dr. & Seal/Stamp)

आकाश का नाम है अमलाप्य से गीत न

~~OPTOM AVAGT DAS~~

Search for α in $\mathcal{A}$

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of the court.

समूह के प्रति सम्मानपूर्ण भावनाएं

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तकला ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमारे हस्तक्षेप :

2020