

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0423/0095		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19/04/2023		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: BHASIKAR PAL	AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 52	SEX / लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: NONI GOPAL PAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 94 SUBARNA PATAN, SRIKRISHNAPUR ROAD, BARASAT, NORTH 24 PARGANAS, 700125, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: — AS ABOVE —				
OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS. 4000 x 12 = 48000/-		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. / स्वयं छाना 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 / ☒ हाँ / No / ☐ 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.	BHASIKAR PAL	52	M	SELF
2.	ASHIS PAL	42	M	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 निमतों का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (STC, TOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी		



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मुझे उपलब्ध होगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में अपने उपचार/व्यय/अनुदान/कम्पनी से या किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होने वाले धन के लिये किसी भी प्रकार से प्रार्थना नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा काल)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, जिनके "कोशिका" फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये प्रार्थना की जा रही है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाएंगे। इस संबंध में "कोशिका" फाउन्डेशन ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

: *Verker Dill***AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा काल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) वह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये प्रार्थित नहीं कर रहे हैं, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के लिये प्रार्थित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं की जाती है, तो हमें स्वतः अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट नहीं होता है कि हमारा निर्णय किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता हमें वित्तीय सहायता के रूप में दी जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

19/04/23

*Dr. Shibashis Das*M.B.B.S MS
(Name of Dr. & Register with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप*OPTOM AVIJIT DAS*(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
SANKARA EYE HOSPITAL

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Sankar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sankar