

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation BUILDING BLOCK OF LIFE	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0423/0096		APPLICATION DATE : 19/04/2023 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : MIRA CHOWDHURY		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58		SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/काटुस्प का नाम : JAGADISH CHANDRA KARMAKAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता 1 NO GUTENJALI PALLY, BARASAT, HOOGHLY NORTH 24 PARGANAS, 700125, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय : HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्वामी खंडा संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दात हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हा / 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 संबंध	
1.	MIRA CHOWDHURY	58	F	SELF	
2.	DILIP CHOWDHURY	64	M	HUSBAND	
3.	DIPA CHOWDHURY	95	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन 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 लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा घोषणा 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 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 दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य ज्ञान है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से भी जा रही है। इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह धर्मन को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टियों, दान, वसुधा/वस्तु जट्टा/वस्तु में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या धर्म से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से त्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता का उद्देश्य से प्रसारित है जुड़ी सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कर्ता)

- 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उचित रोगी/रोगीन से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उसकी सम्मति में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/समकाल हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उस रोगी/रोगीन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता अथवा वित्तीय प्रवृत्ति को है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं समझा कि किसे-गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुरक्षा और खर्च करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/04/23

Dr. Shibaskis Das

(Name of Dr. Signature Stamp)

डाक्टर का हस्ताक्षर और मुद्रा

Dr. Shibaskis Das

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हमारे वर हमारे अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनारिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

त्रस्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

त्रस्टी हस्ताक्षर 2