

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Burying block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0423/0102		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 23/04/2023			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: PRABHABATI BERA		AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 76	SEX / लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: PARITOSH BERA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 2 NO PURBA PARA, BHANGATUSHKHALI, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743446, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय 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. / स्थायी खाता 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.	PRABHABATI BERA	76	F	SELF	
2.	PARITOSH BERA	82	M	HUSBAND	
3.	SAMIR BERA	53	M	SON	
4.	SAMINDRANATH BERA	50	M	SON	
5.	SAMEN BERA	45	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 विनती 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 (SICS+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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: 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 प्रपत्र में विषय गण सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिथिल की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से लेती हूँ। उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, इस राशि का प्रतिशत या संशोधन किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कतार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को प्रदान करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉन, वाचनायक दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी दूसरे माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे कतार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉन, वाचनायक और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (उपस्थित द्वारा कतार)**

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, हमलाहरी की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव में मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि मैं ही वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में लेने या ले रहे हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन/संशोधन हेतु संभव नहीं किया जाता है तो हमलाहरी किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेती हुई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमलाहरी द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलाहरी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमलाहरी को रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कानून की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हमलाहरी को होंगी और "कोशिका" को कोई धुमका या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

23/04/2023

Dr. Shibashish Das

M.B.B.S.M.S.

(Name of Doctor, with Stamp)

डॉक्टर का हस्ताक्षर और मुद्रा

OPTOM ANUPAM DAS

Senior Program Officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKARA JYOTI HOSPITAL

जय नंद पर हमलाहरी अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur