

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No: M/0123/0634
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 28/12/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: TAPAN BURMAN
आवेदक का नामAGE-YEARS: 59
SEX: MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: NALIN BURMAN
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवसारीय पता

NAZRA, SOUTH 24 PARGANAS - 743395, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवसारीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No: स्वयं ज्ञाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर अंगूठी का निशान 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 सम्बन्ध
1.	TAPAN BURMAN	59	M	SELF
2.	GOLON BURMAN	56	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य अल्प-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 निम्नलिखित 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 (SKS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 यहाँ पर करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए 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) जो दान जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर करता हूँ कि जिस भरावण हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोद्धक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न हो पॉसिबल है नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 प्रश्न पर अपने इसकाया का अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एजन्सी, राय, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण में इसकाया के उत्तरों पर या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व 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 कुछ अवसर: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सी इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

अथर्ववेद के हस्ताक्षर या लिपि का निशान

10/10/20

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकांश, इन्सुलरी को और से मायन्स/रीनी को "कोरिफा पाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु गिरफ्तारी को जारी है, जिसे हम (हमसाल) विम प्रका से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में विविध सहायता किसी एक साकारो सम्पन्न या किसी अन्य स्त्री से उक्त रोगी/मरते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाइब्रोसाइट" से मिथ्या/विशेष उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाइब्रोसाइट" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइब्रोसाइट" द्वारा सहायता विविध आशिक/सकल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य एक साकारो सम्पन्न या किसी अन्य सम्पन्न से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तिम/द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरते हेतु किसी एक साकारो सम्पन्न या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाइब्रोसाइट" से ले गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। रोगी या सम्भवतः इस ही गई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं सम्भवतः को बीच का विषय है और "कोशिका फाइब्रोसाइट" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये सम्भवतः में रोगी को इतना सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्भवतः को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/01/2023

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका का पता भ

OPTOM ARZUNT DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospitals

SANKALP

श्री. राम. शर्मा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपरेखा ३३

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो इच्छातः ।

न्यासी इच्छावान् ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्वामी इत्यादि २

न्यायी इत्यादि ।

10/2/20