

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No.: M/0223/0767		APPLICATION DATE: 06/02/23		
NAME of APPLICANT: TRISHNA RANI DEY		AGE-YEARS: 54	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANJAY DEY				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 600/1 ASHOKENAGAR, KALYANGARH, NORTH 24 PARGANAS, 743222, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. & Status: [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	TRISHNA RANI DEY	54	F	SELF
2.	SANJAY DEY	60	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SICSTAL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1.				
2.				
3.				
4.				



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 ध्यान करता हूँ कि इस प्रश्न से दिने गये सभी विचारण मेरी जानकारी की अनुसृत साथ एवं सही हैं। यदि कोई विचारण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस भी सहायता का "आधिकार प्राप्त" नहीं, ये ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था। तथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विचार सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, उस गति का आधिकारिक सफल विमर्श किसी अन्य को/नियोजक/बोध सम्पत्ति से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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/put-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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जगह को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, प्रायश्चित्त, दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिपि बिलो भी प्रसार या प्रकाश में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे ज्ञात: सहमति का हकदार नहीं बनाता। इस समर्थन में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्यात अतिथि और प्रायश्चित्त होगा:

आवश्यक के इलाज का अंगरेजी का प्रचार

2. प्रश्न - 3. उत्तर -

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 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 अधिकृत, हमलाओं को और से मामलों/गोपनी को "कोईका फाउन्डेशन" से वित्ति सहायता की सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमलाए) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिव्यक्ति में विविध सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य उद्योग से उच्च योग्य/मान्यता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में डिफॉर्मिड/विपक्षित उद्योग को संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट संशोधन/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा द्वितीय पदर उच्च योग्य/मान्यता हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में सी गार्ड सहायता संबंधित विविध प्रकृति की है। योगी या इन्सुलत द्वारा सी गार्ड सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क योगी एवं इन्सुलत को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए इन्सुलत में योगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी योगी एवं इन्सुलत की होगी और "कोशिका" को कोई धनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/02/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं प्रमाणित संख्या	OPIONM ANUPOM DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के प्रतिनिधि का नाम, पद और मुहर
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	