

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
Foundation  
Building block of life

|                                                                                           |                                |                                  |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                       | M / 0223 / 0773                | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि | 08/02/23 |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                       | CHANDRAKANTI DEVI<br>CHOWDHURY | AGE-YEARS आयु-वर्ष               | 60       |
|                                                                                           |                                | SEX लिंग                         | F        |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्ब का नाम                                            | RAMNAJAR CHOWDHURY             |                                  |          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता                                              |                                |                                  |          |
| 454 UTTAR SUBHASH PALLI, WARD 12, MANOHARPUR<br>DANKUNI, HOOGHLY, PIN 712311, WEST BENGAL |                                |                                  |          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता                                              |                                |                                  |          |
| — AS ABOVE —                                                                              |                                |                                  |          |

|                                                                                                                                 |            |                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------|--|
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                         | HOUSE WIFE | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)           |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                         | NIL        | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) |  |
| PAN No. स्पष्टी खाता संख्या                                                                                                     |            |                                                    |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) |            | Yes / No<br>हां / नहीं                             |  |

| FAMILY DETAILS परिवार विवरण |                                                   |                            |                |                                                |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या      | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
| 1.                          | CHANDRAKANTI DEVI CHOWDHURY                       | 60                         | F              | SELF                                           |
| 2.                          | NARAYAN RAM CHOWDHURY                             | 64                         | M              | HUSBAND                                        |
| 3.                          | SOHA CHOWDHURY                                    | 38                         | F              | DAUGHTER                                       |
| 4.                          | RAJESH CHOWDHURY                                  | 33                         | M              | SON                                            |
|                             |                                                   |                            |                |                                                |
|                             |                                                   |                            |                |                                                |
|                             |                                                   |                            |                |                                                |
|                             |                                                   |                            |                |                                                |
|                             |                                                   |                            |                |                                                |
|                             |                                                   |                            |                |                                                |

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनंति आधार                 |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |

|                                                                                 |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किए गये विनंती का उद्देश्य: |                                                                                              |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                          | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
| 1.                                                                              | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                                                                              | SURGERY - RE (SICS + POL)                                                                    |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |
|                                                                                 |                                                                                              |

|                                                                                                                                       |                                           |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                           |                                                          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगे गई सहायता राशि |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                          |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                          |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                          |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                          |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवस्था सत्य बता दे तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दस्त की अतिरिक्त या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्प, न्यासी, दान, सचन/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के रहने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्प उसको न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का चिह्न

चन्द कान्ही देवी चौधरी

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

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, हस्ताक्षर की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्न अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी स्रोत या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मंजूर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता से किसी अन्य सन्साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेती एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

08/02/23

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S  
(Name of Dr. Signature Stamp)  
डाक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर

OPTOM ANIRUPTI DAS

Senior program officer  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
SANKARA HOSPITAL INSTITUTE  
यहाँ पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safumy

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature