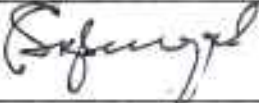


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No : M/0822/0213 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 08/08/2022 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : NIKHIL RANJAN PAUL आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 54 आयु-वर्ष	SEX : M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAM CHANDRA PAUL पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : श्रीमान अवासोप पता SHRIKRISHNAPUR, BARASAT, NORTH 24 PARGANAS 700124, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासोप 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. : समाई 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 / ☒ 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.	NIKHIL RANJAN PAUL	54	M	SELF
2.	TUMPA PAUL	45	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैक 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) 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SIOL + 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 पारफाइन 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बाधाएं असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा जो इस फॉर्म में पता लगा है। 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रबंधन कर रहा हूँ कि, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता) 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एमएन न्यायी, दान, बाधा/पता दूसरी उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलने या बंद हो जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्ण सत्य। सहायता का हस्तांतर नहीं बदला। इस संबंध में "कोशिका" एमएन इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाधाकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता) 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. हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 और साधकरी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पार कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साधकरी संस्थान या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी साधकरी संस्थान या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह का निर्णय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरु और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/08/2022 </td> <td> Dr. Subhasis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का रजिस्ट्रेशन नंबर और मुहर </td> <td> OPTOM ANIRUPTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Hospital's Hospital) SANKARA EYE CARE INSTITUTE </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/08/2022	Dr. Subhasis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का रजिस्ट्रेशन नंबर और मुहर	OPTOM ANIRUPTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Hospital's Hospital) SANKARA EYE CARE INSTITUTE
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/08/2022	Dr. Subhasis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का रजिस्ट्रेशन नंबर और मुहर	OPTOM ANIRUPTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Hospital's Hospital) SANKARA EYE CARE INSTITUTE		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)				
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 