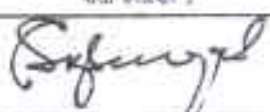
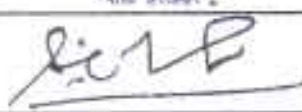
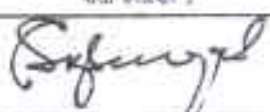
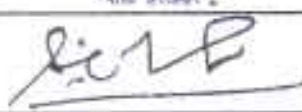
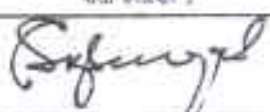


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: M/1122/0427		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01.11.2022	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: BANALATA DAS		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 66	SEX / लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: PADMA KARAN			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: PASCHIM MANIPUR NORTH 24 PARGANAS, 743496, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: AS ABOVE			
OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: NIL		(Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. / पैन संख्या: N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
1.	BANALATA DAS	66	F
2.	ANANJAY DAS	21	M
3.	ACHINTA DAS	44	M
4.	ANJANA DAS	40	F
5.	CHANDANA DAS	32	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
1. SELF			
2. HUSBAND			
3. SON			
4. DAUGHTER			
5. DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) राश्री रेशा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 लिये गये निम्न का 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 (YES + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान आया पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक अन्य स्रोत से नहीं ली है, न ही भविष्य में लूँगा।				
AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदनक द्वारा करण) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "वर्चस्व" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" एवम् अन्य, दान, वसुधा/पत्र दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने को सक्षम "कोशिका फाउन्डेशन" से तयारी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरी सहायता के लक्ष्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके वर्चस्व का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करण) 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 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से वर्चस्व/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साधकरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में सक्षम या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में सक्षम या ले रहे हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय प्रदान करने हेतु किसी और साधकरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और जानने करने को सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01.11.2022 </td> <td> Dr. Shilashree Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और रजि. नं. के साथ छाप </td> <td> OPTIMA ANAND DAS Special program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR'S HOSPITAL INSTITUTE नाम, पद और हस्पताल अधिकृत अधिकारी </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01.11.2022	Dr. Shilashree Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और रजि. नं. के साथ छाप	OPTIMA ANAND DAS Special program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR'S HOSPITAL INSTITUTE नाम, पद और हस्पताल अधिकृत अधिकारी
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01.11.2022	Dr. Shilashree Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और रजि. नं. के साथ छाप	OPTIMA ANAND DAS Special program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR'S HOSPITAL INSTITUTE नाम, पद और हस्पताल अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु) <table border="1"> <tr> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  </td> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 