

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/4222/0599	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	20/12/22	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MINATI RANI BANGA	AGE-YEARS : वर्ष-वर्ष	62	
		SEX : लिंग	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम	ARUNAMAY BANGA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता				
KASUL BANGA, AMBALHARA, SOUTH 24 PARGANAS - 743562, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
- AS ABOVE -				
OCCUPATION : व्यवसाय	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : पैन संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी 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.	MINATI RANI BANGA	62	F	SELF
2.	SONJAY BANGA	40	M	SON
3.	SUBHRA BANGA	32	F	DAUGHTER
4.	SOMA BANGA	33	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किसे गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ब्रिखेपन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SI/CS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिय गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा है:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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) मेरी दृढ़ता जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का समर्थन या समतुल्य किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक की 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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) 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 दीया है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के भरसका पर अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (WASHER 000 0000)

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:

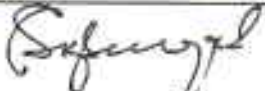
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अभिप्रेत, हस्ताक्षरी की ओर से वापसलेखों को "कारिष्का फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से समर्थन व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संसोधन और न ही संविधान में संशोधन सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उका रोगी/मार्मल से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" में पिपलीन/विपली उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद होय कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अविश्व/मरकल होय मन्जुर नही किया जाता है तो सम्मयात किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्मयात से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थायत द्वितीय धर उका रोगी/मार्मल होय किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नही लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या हस्थायत द्वारा दी गई सहायता या किने लने अथवा/प्रक्रिया का पुनरा रोगी एवं हस्थायत से बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नही है। इसलिधे हस्थायत में रोगी के इच्छा मुता और जाने जाने की सारी विम्वेदारी रोगी एवं हस्थायत को होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विम्वेदारी इस मामले में नही होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकों के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंगरेजी में लिखें 20/12/22	Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व कक्षा का रजि. नं. Reg. no. 7153	OPTOM ADARSH DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JYOTI EYE HOSPITAL
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ग्यसी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ग्यसी हस्ताक्षर 2 