

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0619/0571		APPLICATION DATE: 21/06/19		 	
NAME of APPLICANT: SANDHYA JANA		AGE-YEARS 62			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMESH MAL		SEX F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KRISHNANAGAR, GAYESHPUR, PURKURBERTA, SOUTH 24 PARGANAS 743347, WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2100 x 12 = 25200/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. SPHAI 3434 F					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SANDHYA JANA	62	F	SELF	
2.	SHURDEB JANA	67	M	HUSBAND	
3.	ARUN JANA	37	M	SON	
4.	PUSPA MAJHI	35	F	DAUGHTER	
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					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (STCS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

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 ये स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रश्नक में दिए गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना गिराने की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सामग्री यहाँ "कोशिका फॉरेंसिक", से ली जा रही है, उसका उपयोग यहाँ उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नक में परा गत है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना स्थापना हेतु यह प्रत्यक्ष की जा रही है, उस यहाँ का आशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य संवेदनियोजक/कीम सम्पत्ति से न तो मिलता है और न ही ध्वज में है।

AGREEMENT by APPLICANT (ask for box)

- 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/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 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.

- 2) मैं (अमेरिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेंग चाय, पत्त, फोटी और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रार्थित है शुद्ध स्वतः सहायक का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उपवेदक के इतराभा या अंगुठे का निराप



AGREEMENT by HOSPITAL (एम्पुलर एम एम)

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, इलाहाबाद की ओर से गणपतिदेवी को "कोशिका काउन्टडाउन" से विदिय सहायता हेतु शिकंशा की जाती है, जिसे हम (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से खत्म व खोजा करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत या विभिन्न सहायता किसी भी सरकारों सम्मान या किसी अन्य खसते से उन्हा छोड़े/पायल्ले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिन्था फाउन्डेशन" से डिफेंडिशन/विक्टिम उन्हा को सम्मान या "कोरिन्था फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिन्था फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विभिन्न अतिरिक्त/सफल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारों सम्मान या किसी अन्य सम्मान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस धुति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरर उन्हा छोड़े/पायल्ले हेतु किसी और सरकारों सम्मान या किसी अन्य साधन से नहीं लेने/लेती।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई संप्रदाय सेवा विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हस्तगत हुए तीर्थ सत्सङ्ग या विधेय एवं उपकार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। प्रत्येक हस्तगत में ऐसी के इरादा सुझा और आगे जाने की सही विम्वेष्टि ऐसी एवं हस्तगत को होती और "कॉशिका" को कोई भूमिका या विम्वेष्टि इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/06/19

स्वीकृती के लिए
Dr. Alok Agarwal
MBBS, M.D., Ph.D (Eye), F.M.R.F., F.N.E.C.
Reg. No. - 34786
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इम्तियार व छिद्र नं.

Dr. Sankar Dasgupta
Director
TUM Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
समय पर इस मॉडल अधिष्ठाता अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रधर २

2022