

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1219/2025** APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: **14/12/10**

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: **MALA MAJHI** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **71** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहोदर का नाम: **UTTAM MAJHI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान निवासस्थान पता: **PASCHIMPARA, PATNACHAT, PATNACHAT, HARDSHAMAN 713502, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी निवासस्थान पता: **- AS ABOVE -**



OCCUPATION: / व्यवसाय: **HOUSEWIFE** MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित):

TOTAL ANNUAL INCOME: / वार्षिक आय: **RS 2000 X 12 = 24000/-** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

FAN No. / आय कर संख्या: **ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):** Yes / No / हाँ / 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 संबंध
1.	MALA MAJHI	71	F	SELF
2.	UTTAM MAJHI	75	M	HUSBAND
3.	SWAPAN MAJHI	45	M	SON
4.	REVA MAJHI	42	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किने नये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE
2.	SURGERY - LE (LICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किटों अन्य स्रोतों से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं प्रारूप में प्रस्तावित उद्देश्य "कोशिका फाउंडेशन", से ही जो है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी, उक्त उद्देश्य का आर्थिक या वस्तुतः विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही पहिले में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम और पता, फोटो और उद्देश्य "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका" द्वारा कभी भी, उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्च या कर में कटौत के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रचार-प्रसार के उद्देश्य से प्रकाशित किया जा सकता है, प्रचार-प्रसार का इस्तेमाल नहीं करना इस उद्देश्य में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समझौते/लेख को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर सत्य कहा जाता है कि हॉस्पिटल सिफारिश प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही उक्त सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उक्त या हॉस्पिटल द्वारा ही उक्त सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उक्त उद्देश्य हेतु हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में उक्त उद्देश्य हेतु सहायता सुरक्षित और उक्त उद्देश्य को सही सिफारिश उक्त उद्देश्य हेतु हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई वृत्तिका या नियंत्रण हेतु प्रदान नहीं पड़ेगी।

Dr. Diptesh Das RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Reg. No. - 64686 (WBMC) स्वीकृती के लिए संघुष्टि

Shib Sanker Bishni

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/10/19

M.B.B.S, D.O
Senior Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
उन या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2