

UH50-56574.



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: L/0425/0002 APPLICATION DATE: 05/10/25
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT: CHAYA RANI PAL AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 70 F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LT. Suresh Pal.
पिता/कपड़म जा. नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीमान आवासीय पता
Sukanta Patti, Thalsaita
Maleda-73102.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

DO.

OCCUPATION: 90,000/- HOUSE wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /
जोड़े/लौटे

TOTAL ANNUAL INCOME: 90,000/- (Son).
कृत वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष संलग्न)

PAN No. स्टेट खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो गान्धी हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 सम्बन्ध
1.	Chaya Rani Pal	70	F	Smt.
2.	LT. Suresh Pal.		M	Husband.
3.	Ram Prasad Pal	46	M	Son (Married).
4.	Neekhi Pal	50	F	Daughter (Married).
5.	Bharti Pal	59	F	» (Married).

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis → RG → Surgery.
	Surgery → RG → CSICS # 104

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 लो गई सहायता राशी
	NPCB/VI	2500/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 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.

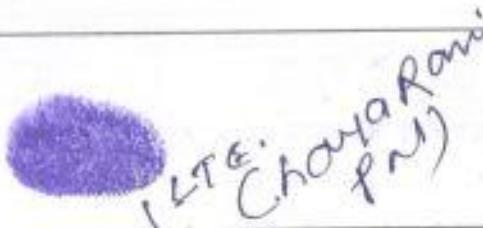
- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण यह कार्यमाला या जल्दी होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) ये द्वारा ये सहायता गति "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जी गति है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था।
- 3) मैं चुनौत करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्रबंधन को गई है, उस गति का अधिकार या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोइंगिंग/बीम कामपीली से न जो लिया है और न ही घटिया में सैद्धांतिक रूप से दिया गया है।

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 its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रचलन पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, यात्रा, घोटा और जो विवरण इस प्रचलन में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दाता, वक्तव्यात् दूरी उद्देश्य से जुड़ी गणितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार भव्यतम से प्रशान्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रचलन का विवरण येरी इन्हाँ के बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस नाम से सहायता हेतु कि मेरा नाम, यात्रा, घोटा और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है युक्त स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का निर्णय अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निराव

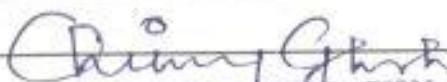


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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 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, हस्ताक्षरों को ओर से मापते/ऐकी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विफारिया की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से यान्त्र व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तीय अंगठी व न ही विवरण में वित्तीय सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त गोपी/मासले वे लोग या से लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय अंगठी विवरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगित अधिकारी/सकाल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था वा किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार मुश्वित रहता है। इस पुष्टि में स्वाक्षर करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उक्त गोपी/मासले हेतु किसी गैर साकारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/ऐकी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लोग गई सहायता लेने का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में गोपी के इसाव सुधार और इसे जाने की जाते जिम्मेदारी गोपी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संलग्नि**



FINAKI RAY EYE FOUNDATION
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम व वद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery आपोस्टन की तिथि 05/09/2015	Dr. RASHI RAY (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) RASHI RAY, M.B.B.S, D.O.T HOD, OPHTHALMIC CONSULTANT	REg. No. 98741 WBMG FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION OPHTHALMIC CONSULTANT
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर । Safayal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 Rita	