

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. : K/0125/1602		APPLICATION DATE : 04/01/25		
आवेदन संख्या :		आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : PARESH BISWAS		AGE-YEARS : 74	SEX : M	
आवेदक का नाम :		उम्र-वर्ष :	लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUKCHAND BISWAS				
पिता/सहोदर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DAUDPUR 320 CHAK UTTAR PARA, HATKHOLA, NORTH 24 PARGANAS 743611, WEST BENGAL				
वर्तमान आवासीय पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —				
स्थायी आवासीय पता :				
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)		
व्यवसाय :				
TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 X 12 = 48,000/-		(Attach Proof of Income)		
कुल वार्षिक आय :		(आय का सक्षम संलग्न)		
PAN No. : —				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : 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.	PARESH BISWAS	74	M	SELF
2.	SABITA BISWAS	70	F	WIFE
3.	PRADIP BISWAS	41	M	SON
4.	SUDIP BISWAS	39	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सहीकी 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये चिकित्सा 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 (SICR + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गये सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यत्र

- 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 दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का रही है, उसका उपयोग उम्मी इद्देश को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में बरौंदा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धारक/या दूसरे उद्देश्य से मुझी गरिबीधियों और वरदक्षियों को लिये किये भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नार्थवर्क के इलाक़ा या अंगरे या निधान

ਮਾਹਿਕਾ ਮਹਿਕਮਾ

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

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 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 अधिकृत, हमसहारी की ओर से व्यवले-पेगी की "कोशिका फाटने-डोहन" से थिरिय सहायता होत सिफारिश की जाली है, जिसे हम (हमसहारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित महापदा किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त टोपी/प्यामले में सेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/परिचरि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापदा विपुलि अतिशय/यकाल हेतु मन्तुर गयी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पत्तन से महापदा लेने का अधिकार सुरक्षित राखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यरर उक्त टोपी/प्यामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई महापदा केवल चरित्य प्रकृति की है। टोपी पर हस्पताल द्वारा दी गई साजब या किपे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव टोपी एवं हस्पताल के बीच सब विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में टोपी के इस्तेमाल सुरक्षा और आने जाने की सारी विम्वेदारी टोपी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धमिका या विम्वेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/01/25	Director M.B.B.S. M.S. (Gold Medalist) Reg. No. 71335-WBMC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाहाबाद रेजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	