

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	
APPLICATION No. K/0225/1923		APPLICATION DATE 13/2/25		 Koshika Foundation Building Block of life	
NAME of APPLICANT KABITA DEY		AGE YEAR 75 SEX F			
FATHER/SPOUSE'S NAME NIRMAL DEY					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS ASHOKNAGAR, PALYANGARI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL, PIN-743222					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS AS ABOVE					
OCCUPATION HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒			
TOTAL ANNUAL INCOME 4000 x 12 = 48000		Attach Proof of Income (आप का आय प्रमाण) ☒			
PAN No. YABF 5684A 5684A					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आपके स/से संबंध	
1.	KABITA DEY	75	F	SELF HUSBAND	
2.	NIRMAL DEY	88	M		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करें					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु चिह्नित करें किसे एवं किससे					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा सुझावें				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STCS + JOE)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे और कहां से प्राप्त हो रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन कितनी सहायता करेगा		

DECLARATION by APPLICANT (रोगी का बयान)

- I hereby declare 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, null and void.
- I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose stated in this Form, for which such assistance is requested by me.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जाएगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल मेरे लिए ही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो कि आवेदन में सच है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कंपनी, से इस राशि के लिए कोई भी अन्य प्रकार की सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (रोगी का बयान)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my personal details (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 from or after my treatment or fulfillment of the purpose for which assistance is being requested.
- 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 to receiving or continuing the said assistance. The decision on whether, whether continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation and their decision in this regard will be final and conclusive.

- मैं इस आवेदन पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिसके लिए मैं सहायता मा रहा हूँ। मैं (आवेदक) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य के बारे में जानकारी देना, जिसके लिए मैं सहायता मा रहा हूँ, के माध्यम से, मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, दानों को एकत्रित करने के लिए या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी देना के लिए। मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) और मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं यह भी मानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए मेरे नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य के बारे में जानकारी देना, जिसके लिए मैं सहायता मा रहा हूँ, के माध्यम से, मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, दानों को एकत्रित करने के लिए या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी देना के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(रोगी का हस्ताक्षर या बायाँ 엄指 का निशान)

Kalish Sax

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का बयान)

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure is advised/suggested by the Hospital on the patient is listed on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the same.

- हम (हॉस्पिटल) इस घोषणा के माध्यम से हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं।
- हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं।

- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के लिए सहायता के माध्यम से प्रभावित नहीं होगा। उपचार का चयन रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के बीच की व्यवस्था के अनुसार होगा।
- हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) और "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सक्षम करने के लिए सच और सही बयान दे रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(हस्ताक्षर के साथ)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/02/25	Dr. Shishir Sax Director B.B.S., M.S. (Gen. Surg.) (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 रोगी के प्रतिनिधि 1 <i>Sax</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रोगी के प्रतिनिधि 2 <i>Sax</i>	