

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)					
APPLICATION No. : <u>X/0425/0042</u>		APPLICATION DATE : <u>07/04/2025</u>					
NAME of APPLICANT : <u>DIPU DEY</u>		AGE-YEARS : <u>50</u>	SEX : <u>F</u>				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>BIREN GUHA</u>							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>45/H/5 SIMIA ROAD, BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL</u>							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>							
OCCUPATION : <u>HOMEMAKER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>3000 x 12 = 36,000/-</u>		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : <u>XXXXXX</u>							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>							
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	<u>DIPU DEY</u>	<u>50</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>			
2.	<u>RABINDRANATH DEY</u>	<u>57</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>			
3.	<u>SOMNATH DEY</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>			
4.	<u>MITHU PAUL</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>			
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	
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र		आय आय वर्ग प्रमाण पत्र		दरभोजन कार्ड		अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	<u>DIAGNOSIS:- CATARACT (R)</u>						
2.	<u>SURGERY:- R (3/15/10)</u>						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.							
2.							
3.							
4.							



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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में चरित किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कदम):

- 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/print-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ग्राह्य, दान, प्रचार/प्रकाश हेतु उद्देश्य से चुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ग्राह्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कदम):

- 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 अधोलिखित, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिनसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लगे पा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/अवकाश हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल पूरीतरा मदद प्राप्त होगी/पावले हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आगे जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07/04/2025

MBBS (Surgical Specialist)
Reg. No. 1234567890(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.Optom Avhijit Das
Senior Program Officer(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)

यह व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar