

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)			
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 4/0725/0838		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 20/07/25			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: PRADIP DAS		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 70	SEX / लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: SANTOSH DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 5/2/10 RAJA APURBA KRISHNA LANE, SINDHIL, KOLKATA 700010, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय: FRUIT SELLER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 5000X12= 60,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. / स्थायी खाता संख्या: 500012					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): ☒ Yes / हाँ / ☐ No / 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.	PRADIP DAS	70	M	SELF	
2.	MANIKA DAS	65	F	WIFE	
3.	PRISHANKA DAS	60	F	DAUGHTER	
4.	SANDIP DAS	40	M	SON	
5.	SYOMKA DAS	40	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम 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 (BICENTRAL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि			



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापिता निराश की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापिता एजेंसी "कॉशिका फाउन्डेशन", से खींची जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति में लिखे बिना न करना, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं एजेंसी करता हूँ कि जिस महापिता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वित्तियक या समकाल विन्मस बिन्मस अन्य सूत/विद्योक्त/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञानक द्वारा सहमत)

- 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 दृष्टि पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवरोधक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावे में भीषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाका द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव प्रथम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (अवलोकन) इस बात से सहमत हूँ कि यह नाम 'पता, करीबी और विभाग' के लिए सहायता के उपदेशों में प्रयोग है। मुझे स्पष्ट है: सहायता का एकदा नहीं बचना। इस सम्बंध में 'कोशिका' प्रथम उसके माध्यामों का निर्माण और बाधककारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आधेदम के यमलगात या अंश के का विचार

Radif Day

AGREEMENT by HOSPITAL : (हस्ताक्षर, मुद्रा, मकान)

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.

हमारे अधिकृत, हस्तक्षेप की जगह से मायानुशील को "कोशिका सादृश्यता" से विनिर्दिष्ट सहायक हेतु निवारण की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवर्धन और न ही अधिक में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उच्च लेवी/पायल में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका काउन्डेशन” से निराधार/विनीत उच्च की संख्या में “कोशिका काउन्डेशन” द्वारा मदद हेतु कि है। यदि “कोशिका काउन्डेशन” द्वारा सहायता विनीत अधिक/सकल हेतु मम्बु नहीं किया जाल है तो अन्यथा किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा द्वितीय मद उच्च लेवी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। होती यह हमेशाएँ द्वारा दी गई सलाह या विनं नये जानकारी/प्रक्रिया का सुव्यव रणी एवं हमेशाएँ के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमेशाएँ से रणी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रणी एवं हमेशाएँ की होती और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

यन्त्रोक्तों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभियोगन की शरतें

20/07/20

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Goldilocks and the Three Bears

Reg. no. 13016

Optom Ayhanit Das

Senior Program Officer

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(on behalf of Reliance)

नाम **श्री श्री हज्जतुल्ला अहमद अहमद**

नाम **श्री श्री हरमणलाल अश्विनी अधिकारी**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मान्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हस्ताक्षर २

Rich