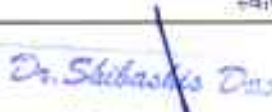
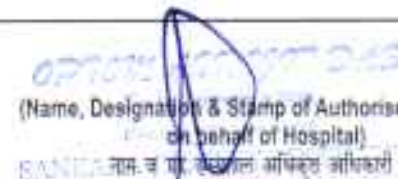
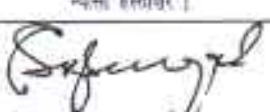


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1024/1041 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 20/10/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: BINDU BARUI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69 SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIPIN MONDAL पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BHANDARKHALI, KINGSALGANJ, NORTH 24 PARAGANAS 743439 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 9000 x 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दात हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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.	BINDU BARUI	69	F	SELF
2.	NARENDRA BARUI	34	M	HUSBAND
3.	ANUP BARUI	42	M	SON
4.	PARIMAL BARUI	39	M	SON
5.	PRIYANKA BARUI	34	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिलाल आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
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 कितनी सहायता मिली		

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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मेरी द्वारा की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्रा लिखा है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में होगा।		
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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एपम् न्यायी, दान, वाचनादिसा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्णतः सत्य; सहायता का हकदार नहीं था/था। इस सम्बंध में "कोशिका" एपम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान		
		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.		
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भगवन्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्रा लिखा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट सांख्यिक/संकलन हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्रा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय गरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस सम्बंध में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/10/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व. रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) HOSPITAL नाम व पद अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 