

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 Koshika foundation Building block of life.					
APPLICATION No. : 4/1124/1178 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 11/11/24 आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : BIKAS CHANDRA DAS आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 64 आयु वर्ष :	SEX : M लिंग :		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOLAK BIHARI DAS पिता/सहस्र का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : UCHILDAHA NORTH 24 BARGANAS 743425 WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता :					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी आवासीय पता :					
OCCUPATION : FRUIT SELLER व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 5000 X 12 = 60,000 कुल वार्षिक आय :					
PAN No. : आय का सत्यापन संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएं):					
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.	BIKAS CHANDRA DAS	64	M	SELF	
2.	KARABI DAS	57	F	WIFE	
3.	SOURISH DAS	34	M	SON	
4.	DIPANWITA DAS	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्ती 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित 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 - (SICS+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया 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 करना)

- 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 insurance/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं झूठा प्रमाण प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी मदद करेगी है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमाल किसी अन्य प्रतिस्पर्धी/रोकथाम/कंपनी/कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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 कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रारूप में वर्णित है, इसे "कोशिका" एजम् ट्रास्टियों, एन. एच.एस.एन. द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को और किसी भी दूसरा माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे हस्ताक्षर का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पहले के हस्ताक्षर से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हो चुके हस्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एजम् ट्रास्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Prakash Ch Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्मेलन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कामले में होगी या तो रहे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/कामले हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेषकर उद्देश्य हेतु रोगी/कामले हेतु किसी को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निम्न (उपचार/प्रक्रिया) का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी या हस्ताक्षर भुगतान और अपने कार्य को पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>11/1/2022</i>	<i>Dr. Shishu Das</i> Director M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम और हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Safar</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>Prakash</i>
--	--