

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1124/1244 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/11/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SUNDARI MISTRI आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 71	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GANNASHI MISTRI पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता HEMNAGAR, HINGALGANJ, NORTH 24 PARGANAS 743439, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 3000x12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्वयं खाली संलग्न				
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 / No हां / 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.	SUNDARI MISTRI	71	F	SELF
2.	SUSHANTA MISTRI	44	M	SON
3.	SHIBSANT MISTRI	39	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 8 लाख वर्ष 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 किसे गये विनती 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 (SILS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी गई सहायता राशी	

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 सोचता करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्यता प्रति "कोशिका कायन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध हूँ कि बिना साक्ष्यता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का ज्योतिष या सदस्य किसी अन्य प्रोत्तनियोजक/वीर्य सम्पत्ती से न ली जाये तथा मैं और न ही कथित में लूँ।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओपन की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अनिवार्यता का हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रामाणिक है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दण, चयनाध्यक्ष दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रामाणिक है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के इलाखार या अंगरे का निशान



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 आधिकार, हमसूत्री को और से मामले/रोनी को "कोशिका भादव्योशन" से वितित सहायता हो सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हमसूत्री) विभिन्न प्रकार से सान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में विविध साहाय्य किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उठा ली/पायले में ली जा ले गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपणन/विपणन उद्योग के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य विपणन अतिरिक्त/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया गया है तो अन्यथा किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्तधन से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूषण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उठा लेगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई साहाय्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलात्त द्वारा ही नहीं सल्ल व किमे गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्गठन ऐसी एवं हमलात्त के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमलात्त में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलात्त की होगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं/होगी।

संस्कृत के लिए संस्कृति

अपरेणन की गति

Director
M.B.B.S. M.S. (Anesthesiologist)
Reg. No. 11035 WBMC
(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 व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Safeway

is it