

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

 APPLICATION No. : K/0119/2285

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05-01-2019

आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : SUMITRA SARDAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 78

SEX लिंग F

 FATHER/SPOUSE'S NAME : BRITISH SARDAR

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 PART NO 141 BATHPUKUR BASERHAT NORTH

34 PARAGANAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को 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.	SUMITRA SARDAR	78	F	SELF
2.	KANCHAN SARDAR	59	M	SON
3.	BESWAJET SARDAR	50	M	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टीसी रीखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे लगे निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SLC3 + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लगे गई सहायता राशि

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 सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या खत्म हो सकती है।
- 2) मैं इस बात की घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करती हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्य किसी भी रूप में, इस प्रपत्र या मेरी मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) अपनी छवि की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य किसी भी माध्यम से, वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए प्रयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे हॉस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे हॉस्पिटल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें स्पष्ट करना चाहिए कि हमारे हॉस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय सहायता ही होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्रदान किया जाएगा और इसका उपयोग केवल रोगी के इलाज के लिए ही किया जाएगा। हमारे हॉस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई अधिकार नहीं है। हमारे हॉस्पिटल में रोगी के इलाज का फैसला और उसे करने की ज़िम्मेदारी हमारे हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2019	Dr. Shanker Nag MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No. 85656 (Name of Dr. & Reg. No. with Research Centre) हस्ताक्षर की तारीख के साथ संस्तुति	Dr. Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह मैं पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2