

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. : k/0124/1134 APPLICATION DATE : 14/01/2024  
आवेदक संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MIHIR SADHUKHAN AGE-YEARS 71 SEX M  
आवेदक का नाम आयु लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BISTHU SADHUKHAN  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 95/1 KEDAR NATH SINHA ROAD, KAMARHATI (N), BALIADANA  
INBITH 24 PARAGANAS, 700-57, WEST BENGAL.  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS-ABOVE  
स्थायी निवास पता

OCCUPATION : SMALL GROCERY STORE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000 X 12 = 24,000 ₹  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. यहाँ खाल छोड़ें

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

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.	MIHIR SADHUKHAN	71	M	SELF
2.	SOHELI SADHUKHAN	68	F	WIFE
3.	PINTU SADHUKHAN	36	M	SON
4.	KISHOR SADHUKHAN	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विशेष आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मिडिली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवम कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक विधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले हुए सहायक को केवल उद्देश्य के लिए ही सिद्ध किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पूरा किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य सहायक या कर्मचारी/बिमा/किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 बाएँ हाथ के अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, कर्मचारी/दूरत स्रोतों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में 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 सहायक के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा जारी निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान)**

*Dr. Shibankis Das*

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कमाल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अधिकृत/कर्मचारी हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मीद/कामना हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य जाने की बातें विनिर्देशी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी धूमिल या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए संस्तुति)**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  14/01/2024	 <p><b>Dr. Shibankis Das</b> M.B.B.S, M.S. (Name of Dr. &amp; Design. Not with Stamp) हस्ताक्षर की ओर से डॉक्टर के छाप दें</p>	 <p><b>OPTOM ANAGRITI DAS</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA EYE CARE INSTITUTE कोशिका फाउन्डेशन अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2
	