

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



| | | | |
|---|---------------|----------------------------------|------------|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : | K/0124/1143 | APPLICATION DATE : आवेदन तिथि | 15/01/2024 |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम | CHAMAN SARDAR | AGE-YEARS जन्म-वर्ष | 68 |
| | | SEX लिंग | F |
| FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम | BRINDA SARDAR | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान आवासीय पता | | | |
| ATAPUR, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS | | | |
| 743446 WEST BENGAL | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जापानीय पता | | | |
| — AS ABOVE — | | | |



| | | | |
|---|----------------------|--|--|
| OCCUPATION : व्यवसाय | HOUSE WIFE | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय | 4000 X 12 = 48,000/- | (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) | |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) | | Yes / No हां / नहीं | <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/> |

| 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. | CHAMAN SARDAR | 68 | F | SELF |
| 2. | JAHAR SARDAR | 72 | M | HUSBAND |
| 3. | BISHU SARDAR | 41 | M | SON |
| 4. | NATABAR SARDAR | 35 | M | SON |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनिर्दिष्ट आधार | | | |
|---|---|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नों का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/दुर्बी 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 ली जा चुकी है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदाक द्वारा बोलणा वर)

- 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 बोलना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताता या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यकीनपूर्वक कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु या प्रत्येक की गई है, उस राशि का अधिकतम या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है 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/print-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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ जब "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बोलिया है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उद्देश्य से बहुत विविधताओं और इच्छाओं के तहत किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने से लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे इससे सहायता का हस्तगत नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी इसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सफलकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक को 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

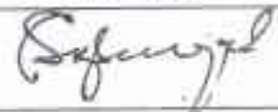
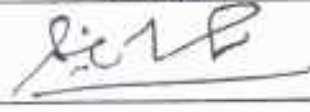
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलेगी। हमें यह स्पष्ट है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी आधिकारिकतक हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपतात द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" के सी पर सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी उक्त मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|---|---|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/2024 |  Dr. Shibashini Das M.B.B.S. M.A. (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का पता |  OPTOM ANURAGTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI NAYAK HOSPITAL रोगी के नाम व इलाज का पता |
|---|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरीक उपयोग हेतु)

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |