

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0124/1144
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 15/01/2024
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SRIMATI SARDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHEEM SARDAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DURGAMANDAP, NORTH TWENTY FOUR

PARGANAS 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 7000x12 = 84,000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

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 सम्बंध
1.	SRIMATI SARDAR	68	F	SELF
2.	ANANTA SARDAR	42	M	SON
3.	PRADIP SARDAR	39	M	SON
4.	MALATI SARDAR	35	F	DAUGHTER
5.	MINATI SARDAR	30	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 छाक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये 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 (SICS + 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। कोई गलत विवरण इस प्रकार सच तथा सही है तो मेरी सहायता फिर भी या खसती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच तथा सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं आगे चलकर इस या उसके किसी भी हिस्से के लिए किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा बात)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 में मैंने अपनी जानकारी के अनुसार सही जानकारी को प्रदान किया है, मैं (अर्शक) अपने जानकारी को प्रदान करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यवस्थापकों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से सूचीबद्ध, प्रकाशित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का उपयोग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए प्रदान किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बात)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में सच या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से प्राप्त करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में हस्पताल का निश्चय है कि सहायता प्रदान करने के लिए प्रस्तावित हेतु किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता नहीं होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त मिलित प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी का प्रदान करने पर हस्पताल को मेरा या मेरा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल प्रकृति और अपने अपने को सही विवरणों को सही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/2024	 Dr. Shibank Das M.B.B.S (Name of Dr. & Designation with Stamp) डॉक्टर के नाम और पद के साथ स्टैम्प	 OPRIOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) SANKARA HOSPITAL & INSTITUTE डॉ. के नाम, पद और हस्पताल का अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधीन इकाई 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधीन इकाई 2
	