

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0124/1187 APPLICATION DATE : 24/01/2024
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SATYABALA SARDAR AGE-YEARS : 63 SEX : F
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BRINDABAN MUNDA
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ATAPUR, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —



OCCUPATION : TEA SHOP MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 x 12 = 60,000 (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SATYABALA SARDAR	63	F	SELF
2.	MANIK SARDAR	70	M	HUSBAND
3.	KARTIK SARDAR	39	M	SON
4.	PARHAS SARDAR	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

DECLARATION by APPLICANT- (अर्थक: इस प्रकार का):

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी बताना या छेद छेद सहजता विवरण को बताना है।
- 2) मैं इस से आग्रह करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, अपने उद्देश्य के लिए मदद प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: इस प्रकार)

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/post-up/produce 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण को सच एवं सही रूप में बताना हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में शामिल हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी को फैलाने के लिए किया जा सकता है। इस प्रारूप पर मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रारूप में शामिल करने से मुझे मदद, आर्थिक सहायता नहीं मिलेगी। इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दानों को आमंत्रित करने और सहायता देने का फैसला केवल कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, जो मेरे लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

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 उल्लिखित, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृत/उपस्थित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी अन्य मामले से प्राप्त करने के लिए या नहीं ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित किया गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप पर हमारा हस्ताक्षर करने से हम कोशिका फाउन्डेशन को वित्तीय सहायता देने के लिए उत्तरदायी नहीं मानेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव हमारे और रोगी के बीच का है और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रेषित किया गया है। इसलिए हमें उपचार का चुनाव और सुरक्षा के लिए कोशिका फाउन्डेशन को उत्तरदायी नहीं मानेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/01/2024</p>	<p><i>Dr. Subhas Das</i> M.B.B.S. N.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका व पता, ई.</p>	<p><i>OPTOM ANAND DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Consultant on behalf of Hospital) SANKARAPATI OPTICAL</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थक: इस प्रकार)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों द्वारा 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों द्वारा 2</p>
<p><i>Safaryal</i></p>	<p><i>Dr. L.P.</i></p>