

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0224/1287 APPLICATION DATE : 14/02/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHIBANI SARKAR AGE-YEARS आयु-वर्ष : 56 SEX लिंग : F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARABINDA SARKAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 13 NO SANDELEBILI, AMBERIA, NORTH 24
वर्तमान निवास पता

PARGANAS : JAGADIS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : MAID
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 3000 X 12 = 36,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. :
आय का सक्ष्य संलग्न

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 / हाँ
No / 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.	SHIBANI SARKAR	56	F	SELF
2.	TARUN SARKAR	24	M	SON
3.	LPIKA SARKAR	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये निमनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुकी 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 है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा सौंपण पर)

- 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले सहाय्य को पुनः के लिए किसी अन्य स्रोत, से इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहाय्य हेतु यह प्रारूप भेजा जा रहा है, उस राशि का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, याचनाओं, दूरदर्शकों से लुकी-छुपी विडियो/फोटो और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का प्रकाशन मेरे प्रारूप के पालने या धार से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण की किसी सहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है। पुनः सहाय्य का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

अर्शिका अरुण

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे नीचे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु निम्नलिखित को कहते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उठा रोना/पानाले में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्रिण्टिफिकेशन/विनिर्माण उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य विनिर्माण अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहाय्य स्रोत या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोना/पानाले हेतु किसी भी सहाय्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने वाली सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी से इलाज शुरू और आगे जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/02/24

Dr. Sankar Das
MBBS, MS
Genl Medicine
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर

OPTIONAL AUTHORIZED
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)
SANKAR DAS
होस्पताल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
यासी हस्ताक्षर 1

Sankar Das

SIGNATURE of TRUSTEE 2
यासी हस्ताक्षर 2

Sankar Das