

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0523/0135

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 07/05/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MANTU SARDAR

AGE-YEARS भाग-वर्ष: 66

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: BHANTA SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

TUSHKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743446, WEST

BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: / व्यवसाय: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: NIL

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

PAN No. / न्याय संख्या: खाली

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं। (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	MANTU SARDAR	66	M	SELF
2.	NAMITA SARDAR	62	F	WIFE
3.	SANKAR SARDAR	39	M	SON
4.	ASHIM SARDAR	36	M	SON
5.	SASIM SARDAR	35	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनति 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 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 कौन सा सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थदक द्वारा वाक्या वाक):**

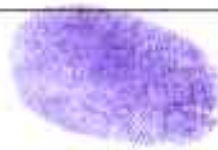
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य वाक्य साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही वाक्य करूंगा, जो इस प्रश्न में भंग वाक्य है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना नहीं की है, इस प्रार्थना का अर्थव्यय या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं ली जा रही है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थदक द्वारा वाक)**

- 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/pull-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 fulfilment 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासीयों, दान, वाक्य/वाक्य द्वारा उद्देश्य से पूर्ण गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इलाज के पश्चात या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रस्तुत है एक मात्र सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु न्यासीयों का निर्णय अंतिम और वाक्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वाक)**

- 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.
- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप या अंगूठे का निशान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मात्र में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु एक प्रार्थना को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने की अपेक्षा में किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने की अपेक्षा/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वारा प्रस्तुत उद्देश्य पूर्ण करने के लिए सहायता हेतु किसी और सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही वाक्य करूंगा, जो इस प्रश्न में भंग वाक्य है।
- कोशिका फाउंडेशन से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही वाक्य करूंगा, जो इस प्रश्न में भंग वाक्य है। इस प्रश्न में भंग वाक्य है। इस प्रश्न में भंग वाक्य है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृतियों के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपेक्षा को तारीख</p> <p>02/05/23</p>	<p><i>Dr. Shikha...</i></p> <p>M.B.B.S., M.S. Gold Medalist PG No. 12035</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. एवं मुहर</p>	<p><i>OPTOM ANURAGI DAS</i></p> <p>Senior Program Officer</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) SANKAR ANURAGI DAS जूनियर प्रोग्राम अधिकृत</p>
---	---	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	