

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: 4/0523/0136 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 07/05/2023

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: SHYAM SARDAR AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम: RATU SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JELIYAKHALI, JELIYAKHALI PURBA KHANDA, NORTH

TWENTY FOUR PARGANAS, 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: व्यवसाय: FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS. 4000 x 12 = 48000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 चिह्न लगाएं: Yes / NO हाँ / 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.	SHYAM SARDAR	58	M	SELF
2.	RUSHILA SARDAR	53	F	WIFE
3.	BHAMBAL SARDAR	30	M	SON
4.	SANJIB SARDAR	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि अधर

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विषयों 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 (SIEST + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को वापस लेनी है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण निष्पत्ति के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु एक प्रारूप को नहीं भेजूंगा, जो किसी अन्य सहायता के माध्यम से प्राप्त किया जा रहा हो 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/post-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 प्रारूप का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चर, माधन/या दूसरे इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव प्रस्तुत में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है जुड़े सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 भी सहायता के माध्यम या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी प्रकार की सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता के माध्यम या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्रदान कर दिया जा रहा है, रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गत सलाह या किया गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से हस्पताल को सौंप कर दिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीमें हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और आगे जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन का तिथि</p> <p>02/05/2023</p>	<p><i>Dr. Shikhar Das</i></p> <p>M.B.B.S M.S Gold Medalist 8000021035</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp)</p> <p>हाथर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>OPTIM ANUPAM DAS</i></p> <p>Senior Surgeon &amp; Officer</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKARA HOSPITAL</p> <p>जो वे के माध्यम से अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

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

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