

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0523/0142**

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

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **BANANI SADHUKHAN**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **53**
SEX लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **KARTICK SADHUKHAN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **TAKI ROAD, DEGIANGA, NORTH 24 PARGANAS,**

743423, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)**

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 बही का निशान लगाएँ):
Yes / हा / No / नहीं: **Yes (X)**

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.	BANANI SADHUKHAN	53	F	SELF
2.	KARTICK SADHUKHAN	60	M	HUSBAND
3.	MOUSUMI SADHUKHAN	48	F	DAUGHTER
4.	MANASH SADHUKHAN	43	M	SON
5.	MALAY SADHUKHAN	37	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे इलाक पत्र (इलाक 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 (इलाक पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा वाच्यता 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 the 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 यथोक्त करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी मांगवाला विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं द्वारा जो मांगवाला उद्देश्य "कोशिका फाउंडेशन" में जो कर रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यथोक्त करता हूँ कि जिस मांगवाला राशि का उपयोग मैं कर रहा हूँ, उस राशि का उद्देश्य या प्रकार किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी 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/pul-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 पर अपने हस्ताक्षर या आंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामों, पता, पत्राचार/या दूसरे माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इच्छा के पूरने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मांगवाला उद्देश्य से प्रार्थित है पूर्ण अर्थ, मांगवाला का इच्छा नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका के हस्ताक्षर या आंगूठे का निशान

Banani Sadbhukhan

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 its 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.
- इसमें अधिकृत, हमलाशरी को जोर से मांगवाला को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रश्न से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि मैं न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका रोगी/मांगवाले से लेता या ले रही हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थसाहायक हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और जानकारी संचय या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वितीय मदद उसका रोगी/मांगवाले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता अर्थसाहायक वित्तीय प्रकृति की है; रोगी का हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इच्छा सुरक्षा और अपने कर्तव्य को सही विनियमन रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/05/23	 M.B.B.S M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 OPTOM ANURAGTI DAS Senior Registrar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARAYOGI VEDIC INSTITUTE नाम व पद/संकेत/अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरीक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर 2)
	