

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: K/0523/0151 APPLICATION DATE: 08/05/23 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: SANDHYA JADAV AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: TAPAN JADAV

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

PART NO -170, PANIHATI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

-AS ABOVE-

OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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 हा / 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.	SANDHYA JADAV	61	F	SELF
2.	TAPAN JADAV	65	M	HUSBAND
3.	LAKSHMI JADAV	38	F	DAUGHTER
4.	KANAI JADAV	39	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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विनति गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:		
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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अलग कथन जगह है या सही जानकारी विवरण को छु मस्करी है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में था। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)		
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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, दान, धारणता वृत्त इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्तावित माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे केवल सहायता का इलाज नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों को निर्णय लेना और कार्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान		
		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)		
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, हमलाकारों की ओर से घोषित/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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित/अधिकृत/प्रकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी या हस्पताल द्वारा ही मंजूर/या विनियमन उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को सही विचार/रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दृष्टिकोण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए समुक्ति		
Date of Surgery अंगुष्ठन की तिथि 08/5/23	 Dr. Shibansu Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व राजपत्र सं. के साथ	 OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) ऑप्टमियल SANKARAYOGI EYE HOSPITAL
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरूनी उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 