

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. आवेदन संख्या K/0523/0153 APPLICATION DATE आवेदन तिथि 08/05/23

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम KASHINATH SANTRA AGE-YEARS आयु-वर्ष 71 SEX लिंग MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्रवर्ध का नाम SUNANDA SANTRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवाससौंप पता

BADIKHAL-II, BIKRANKULINGARH, NORTH 24 PARGANAS,  
743428, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवाससौंप पता

- AG 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. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं। (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes /  No / 

## 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.	KASHINATH SANTRA	71	M	SELF
2.	ABHIJ SANTRA	49	M	SON
3.	ANIK SANTRA	36	M	SON

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


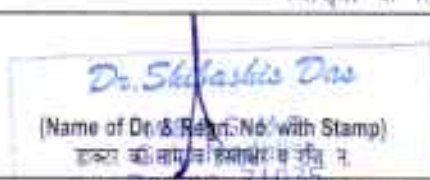
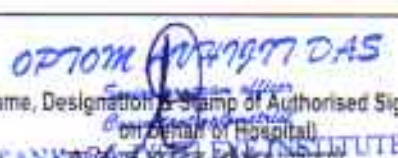
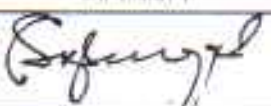
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
सहायता हेतु किसे गये चिन्हों 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)-(SICHTIOL)

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 हो गई सहायता राशि:

<b>DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)</b> 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 गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण व निरपेक्ष विचार उपयोग, जो इस प्रारूप में दया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो राशि लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।		
<b>AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)</b> 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीय, दान, वसुधा/या दूरवा उद्देश्य में चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निरपेक्ष विचार प्रसारण के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण जो उपलब्ध हो जाने के बाद से करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीय अधिकृत है। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग हे लूँगे, सहायता का इच्छता नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उपलब्ध न्यायीयों का निरपेक्ष अधिकार और बाधकारी होगा।		
<b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:</b> अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण		
		
<b>AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)</b> 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामल/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त करार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिकृत/सफल हेतु सच्यु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सारकारी संस्थापन या किसी अन्य सारधन से नहीं लेता/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता प्रदान किया जा चुकी है, रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण अथवा जो विचार एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकृती के लिए संमति		
Date of Surgery अर्शक को तारीख <b>08/05/23</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">   <b>Dr. Shikharis Das</b>            (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)            डॉक्टर की नाम/नं. हस्ताक्षर व मुद्रा            Regn. No. 71635         </div>	<div style="text-align: center;">   <b>OPTIM DASHGPT DAS</b>            (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  <b>SANKAR ANKUR HOSPITAL</b> </div>
<b>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</b> आंतरिक उपयोग हेतु		
<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यायीय हस्ताक्षर 1 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यायीय हस्ताक्षर 2 