

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No. : K/0523/0206
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 24/05/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : SARALA SARDAR
आवेदक का नामAGE-YEARS आप-वर्ष : 73
SEX लिंग : FFATHER'S/SPOUSE'S NAME : SANSAL SARDAR
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासस्थ पता

JELIAKHALI PASHCHIM KHANDA, NORTH 24
MARGANAS 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अवासस्थ पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (दिवानित) / UNMARRIED (अदिवानित)

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

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 लगाएंYes / 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 सम्बन्ध
1.	SARALA SARDAR	73	F	SELF
2.	SATISH SARDAR	80	M	HUSBAND
3.	SANDHA SARDAR	51	F	DAUGHTER
4.	NANDA BANI SARDAR	46	F	DAUGHTER
5.	RABI SARDAR	43	M	SON
6.	RATIKANTA SARDAR	40	M	SON

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

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 किसे गये विवृति 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 किमी अन्य स्रोतों 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 (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए 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 कर दी जाएगी।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु, पूरा प्रबंध नहीं किया है, उस-रहित या अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबला):

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 its 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.

- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा, नाम, पता, फोटो तथा विवरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव या प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे प्रश्न के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम पर प्रकाशित करने से मेरी सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल द्वारा कबला):

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:

- 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.
- 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 उल्लिखित, हमारा ही है और न सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से, जिनसे हम (हस्पाताल) निम्न प्रकार से सहायता न ले सकें।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/निधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/निधि अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता/निधि उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेया/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी या हस्पाताल द्वारा ही गाँव/अलाह या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पाताल

के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है; इसलिये हस्पाताल में रोगी का इलाज मुक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पाताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपराध की तिथि</p> <p>24/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और इलाका का पता</p>	<p><i>OPTOM DEBANGI DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKA EYE CARE INSTITUTE</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>
	