

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0523/0211

APPLICATION DATE आवेदन तिथि 28/05/2023

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम FULESWARI SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता-कटुण्ड का नाम RUITAN SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KHALNA, NORTH 24 PARGANAS, 793446,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पत्राई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं / जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं।

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.	FULESWARI SARDAR	67	F	SELF
2.	ANUP SARDAR	65	M	SON
3.	SUBHADRA SARDAR	67	F	DAUGHTER
4.	RUINA SARDAR	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विवरण 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 किसे 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 (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवम् कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विषय को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी सहायता के लिए, केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उक्त किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को भेजा है, उस सहायता का अंशिक या पूर्ण विन्यास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में सकेगा।

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 its 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या जगट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, घर, या अन्यथा द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है, उसके अलावा किसी भी प्रकार का इलाज नहीं बनाएगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी 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:

- 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 अधिकृत हस्ताक्षरों को और से नामलेखनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विन्यास उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विन्यास अंशिक/पूर्ण हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेषकर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुखद और आगे जाने को सही विनिर्देशों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुविष्ठा या विन्यासोपार्थक्य प्राप्त नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>28/05/23</p>	<p><i>Dr. Sh. Jyoti Das</i></p> <p>M.B.B.S M.S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम/क. सं. और मुहर</p>	<p><i>OPTIM ANSHU DAS</i></p> <p>Senior program officer</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)</p> <p>SANKAR AND NEELAM HOSPITAL</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर और मुहर 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>
	