

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 4/0523/0216 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/05/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SANDHYA SARKAR AGE-YEARS / आयु - वर्ष: 56 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुणा का नाम: SUBHEN SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: DURGAMANDAR, HATIKHOLA, NORTH 24 PARGANAS, F43446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

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

PAN No. / आईएन 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 / हा / नहीं: 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 सम्बंध
1.	SANDHYA SARKAR	56	F	SELF
2.	SUBHEN SARKAR	53	M	HUSBAND
3.	BRATEN SARKAR	24	M	SON
4.	BRATEN SARKAR	21	M	SON
5.	BRATAGOPAL SARKAR	21	M	SON
6.	SANGITA SARKAR	23	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / सीबीडी रेखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये 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 + POL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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 किया गया):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस आ सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि विल सहायता हेतु एक प्रयत्न को नहीं है, इस मदद का अधिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या आंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिष्ठाित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कॉशिका" एचएम न्यायोधी, ट्रस्टी, माननीय द्वारा उद्देश्य में पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तावित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठाित है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति जो इसका फलन के बाद से करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायोधी अधिष्ठाित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता का उद्देश्य में अधिष्ठाित है मुझे स्वतंत्र, सहायता का हवाला नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कॉशिका" एचएम न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या आंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया):

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.

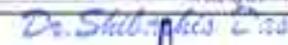
इसमें अधिष्ठाित, हस्ताक्षर की ओर से मध्यस्थता के "कॉशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रकरण से मान्य या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विशेषी उक्त के सम्बन्ध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिक-सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना-लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या निर्णय सभी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने आप की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

उपरोक्तों के लिये, संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/05/23	 Dr. Shubhankar Das M.B.B.S. M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम से इसका प्रमाण दें	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम से हस्ताक्षर/संस्था/अधिकारी SANKAR JYOTI EYE INSTIT
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोधी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोधी हस्ताक्षर 2
