

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0523/0223

आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 29/05/23

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NAMITA KAHAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME MUKUL KAHAR

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JAYPUR GOPMAHAL MADHYAPARA, GHORARAS

KULINGRAM, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743428,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION  
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)  
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं का पता

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

क्या आप आय कर दाता हैं। (को मान्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं।)

Yes / NO  
हाँ / 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.	NAMITA KAHAR	56	F	SELF
2.	MUKUL KAHAR	64	M	HUSBAND
3.	SONIC KAHAR	32	M	SON

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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु विधि गये विवरण 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)**

- I hereby confirm that all details of 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अस्वीकृत पाया जाता है तो सभी सहायता निषेध की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान के लिए, भविष्य में या वर्तमान में, किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसा नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)**

- 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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् उसके, दान, वसतु/पद द्वारा इच्छा में हुई गतिविधियों और प्रदर्शनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण जो इलाहाबाद के रहने वाले या बाद में जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जमा की जा रही है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करते हैं।

- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अस्वीकृत/सफल हेतु सकार्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने का उद्देश्य यह है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मांगी जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रक्रिया के निर्णय एवं 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 सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 29/05/2023	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम सह रेजिस्ट्रेशन नंबर और स्टैम्प	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKARA HOSPITAL & INSTITUTE
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक हस्ताक्षर 2
	