

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
Foundation  
Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या	K/0523/0229	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	29/05/23
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	BHARATI SARKAR	AGE-YEARS आयु-वर्ष	55
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम	BISHU PADA DUTTA		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
24 TRINATH PALLI, NOWBAHANAGATANE 29A, BIDHANNAGAR NORTH 24 PARGANAS 700105, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता			
- AS ABOVE -			
OCCUPATION व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. जारी किया संख्या			



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

Yes / 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 संबंध
1.	BHARATI SARKAR	55	F	SELF
2.	SAMIR SARKAR	52	M	HUSBAND
3.	SUTAY SARKAR	60	M	SON
4.	SANJAY SARKAR	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च 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 किये गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached हस्पताल/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 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 प्रारूप 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 न्यारी कर दी जा सकती है।
- मैं इस ओर सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषणा किया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि विद्यमान सहायता को प्राप्त करने के लिए, इस प्रति का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):**

- 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.
- 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करार हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोयोग, दान, प्रायश्चित्त, दूसरे स्रोतों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव या प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोयोग अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है, पूर्ण स्वतंत्र सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक से हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

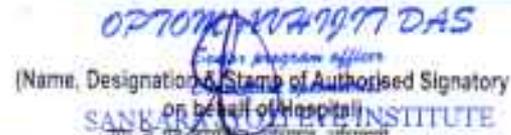


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

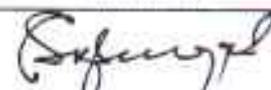
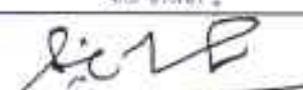
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 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.

- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर को आगे से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिशित उद्देश्य को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/असहमत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम घोषणा करते हैं कि हस्पताल द्वितीय स्रोत उद्देश्य/मामले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गए 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 से रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने चाने को सही विचारों परीक्षण एवं हस्पताल को हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन का तिथि 29/05/2023	 Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेगन नंबर के साथ	 07101011111111111111 DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) on behalf of Hospital SANKRANTI HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	--