

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)



APPLICATION No. : K/052A/0133
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 02/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ADAY SIKDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष : 64
SEX लिंग : M

FATHER/SPOUSE'S NAME : NISHIKANTA SIKDAR
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BENOTA, BHANGAR-II, SOUTH 2A

PARGANAS HARCO2 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 x 12 = 72,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं साक्षात्करण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध
1.	ADAY SIKDAR	64	M	SELF
2.	SANTI SIKDAR	59	F	WIFE
3.	KALPANA MONDAL	35	F	DAUGHTER
4.	ALPANA MONDAL	31	F	DAUGHTER
5.	BIKAS SIKDAR	26	M	SON

BAIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दरमितीय कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और आधार
---	--	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु मिलने वाले निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/पत्रिका से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: उद्देश्य द्वारा योग्यता 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई सत्य प्रमाण प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त हो या समाप्त हो सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्यक आधार-देयता", से मेरी या मेरी ही है, जिसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत्य प्रमाण है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के लिए, उस व्यक्ति या व्यक्तिगत या सहायक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड है और न ही सहायता में सूझा।

AGREEMENT by APPLICANT (सम्बन्धित द्वारा कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और छाप इस प्रारूप में प्रकाशित है, उसे "उद्देश्यक" आधार-देयता, के लिए, प्रचार-प्रसारण द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जा सकता है। इस प्रकार मेरी तस्वीर और अन्य विवरणों का उपयोग Koshika Foundation के द्वारा किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण का उपयोग करने के लिए प्राप्त की गई सहायता का उपयोग करने की शक्ति केवल Koshika Foundation के ट्रस्टियों के पास है। उनके द्वारा किये गए निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

सम्बन्धित को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर्ता)

- 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 अभिमत, हस्ताक्षर की शक्ति से अनुमति देने की "उद्देश्यक आधार-देयता" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सहायता या स्वीकार्यता करेंगे।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/उपचार से होने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "उद्देश्यक आधार-देयता" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के कारण मैं "उद्देश्यक आधार-देयता" प्राप्त करने हेतु है। यदि "उद्देश्यक आधार-देयता" प्राप्त सहायता निम्न स्वीकार्यता हेतु प्रस्ताव की निम्न बात है तो हमारा निम्न और सहायता सहायता का निम्न अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में सहायता प्राप्त है कि सहायता सिफारिश कर उच्च उपचार/उपचार हेतु सिफारिश की सहायता सहायता या निम्न अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2) "उद्देश्यक आधार-देयता" से ही मैं सहायता सहायता निम्न प्रकृति की है। मेरी या हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता या निम्न अन्य उपचार/उपचार का सुझाव देने पर हस्ताक्षर को सहायता या निम्न है और "उद्देश्यक आधार-देयता" प्राप्त सिफारिश प्रकार या कोई सहायता नहीं है। इसी प्रकार हस्ताक्षर में मेरी या सहायता सुरक्षा और सहायता देने की शक्ति सिफारिश करने पर हस्ताक्षर की शक्ति और "उद्देश्यक" की शक्ति सुरक्षित या सिफारिश हेतु सहायता से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>02/05/24</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i></p> <p>M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नं. सह छाप</p>	<p><i>OPTIM ANANDI DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)</p> <p>SANKARA HOSPITAL नाम व पद हस्ताक्षर अभिमत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थानी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sankar Das</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थानी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--