

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0139
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RAJKUMAR SHARMA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
64

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: UPEN SHARMA
पिता/सहस्रिय का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

AYAMAPARA, CHENGAIL, HAWRAH 711308

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: FRUIT SHOP
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 x 12 = 48,000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाए)

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 से साध सम्बन्ध
1.	RAJKUMAR SHARMA	64	M	SELF
2.	HASTI SHARMA	58	F	WIFE
3.	SAGRIKA SHARMA	23	F	DAUGHTER
4.	POOJA SHARMA	23	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता हेतु लिये गिनीये आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नरीयों रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गिने गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक हुर वरुण वरु):

- 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी गलत सूचना या झूठा बयान प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मुझे जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि नहीं लेऊँगी जो इस प्रपत्र में उल्लेख की गई है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक हुर वरुण)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उन "व्यक्तियों" एम्प्लॉय, एन, सहायता के लिए प्रयोग में मुझे भविष्य में और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त होना या जारी रखने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व "व्यक्ति" अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी सहायता या इतर सहायता के लिए प्रयोग में "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉय अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हुर वरुण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के उपचार के लिए किसी अन्य स्रोत से लेना चाहेंगे/पसंद करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्तित हेतु उम्मीद है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है कि सहायता वित्तिय प्रकृति की होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हुर वरुण ही सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य चर्चा की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p><i>05/05/24</i></p>	<p><i>Dr. S. S. Das</i></p> <p>M.B.B.S.</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>हस्ताक्षर का नाम व इलाका व दि. र.</p>	<p><i>OPTOM ANANDI DAS</i></p> <p><i>Sankara Eye Hospital</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>हम व जे हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक हुर वरुण)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>