

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/OSRA/0169
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 11/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : DUPAR KALI SARDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS जातु-वर्ष : 58
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUNIL SARDAR
पिता/कटुण्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
HATGACHHA, NORTH TWENTY FOUR PARIANAS
743409 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
- AS ABOVE -



OCCUPATION : FRUIT SELLER
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. स्थाई खाता 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 लगायें)

Yes / No हा / 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.	DUPAR KALI SARDAR	58	F	SELF
2.	SUNIL SARDAR	60	M	HUSBAND
3.	SUSOMA SARDAR	30	F	DAUGHTER
4.	RAKHI SARDAR	25	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) यरीबी 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 किन्से उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LICS F20L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्से अन्य स्रोत से प्राप्त तथा हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया करने वाला पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं हार्दिक रूप से सहायता के लिए "उद्देश्य" का उल्लेख करता हूँ, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में, इस राशि का पूरा या आंशिक रूप में वापस करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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/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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहायक को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके 'उद्देश्यों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में शामिल करें, जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारित किए जा सकते हैं, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों के लिए इस प्रारूप में शामिल किया जा सकता है।
 3) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों के लिए इस प्रारूप में शामिल किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के 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:
- 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 अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउण्डेशन से सहायता प्राप्त करने की कोशिश करेंगे।
 2) कोशिका फाउण्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11/05/24</p>	<p><i>Dr. Siddhant Das</i> M.B.B.S D.O. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी नं.</p>	<p><i>OPTIM ARJUN DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR KUMAR SINGH उपस्थिति के लिए अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामती हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sufyan</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामती हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Sufyan</i></p>
--	--