

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0524/0194  
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 15/05/24  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SAMIR HAZARI  
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष  
53SEX लिंग  
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGAT BONDHU HAZARI  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NADIA DHANYAKURIA NORTH 24 PARGANAS  
743437  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: GARMENTS SHOP  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = 72000  
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय 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 सम्बन्ध
1.	SAMIR HAZARI	53	M	SELF
2.	MANASI HAZARI	49	F	WIFE
3.	BIKRAM HAZARI	29	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RG
	SURGERY - RG - (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



**DECLARATION by APPLICANT:** (सर्वेक द्वारा चरणक वाः)

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं चरणक करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच हैं। यदि कोई कथित झूठा वाक्य होगा तो उसे भी चरणक किया जाये या रद्द करवा दिया जाये।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "अनिवार्य" मानता हूँ, कि यदि मुझे कौशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में सच है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/कर्मचारी/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

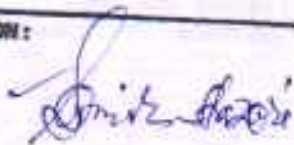
**AGREEMENT by APPLICANT** (सर्वेक द्वारा चरणक)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "अनिवार्य" वाक्य और "अनिवार्य" वाक्य सही हैं। मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रयोग होंगे, जहाँ "अनिवार्य" वाक्य सही है, और चरणक द्वारा कर्मचारी से मुझे सहायता मिलेगी और सहायता के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए स्वीकार है। मैं इस बात को सख्त तौर पर मानता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात को सख्त तौर पर मानता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच है। "अनिवार्य" वाक्य सही है और मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच है।

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

सर्वेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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

- 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, in part or in full, than 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 स्वीकार, हमारा ही और से चरणक करने को "अनिवार्य" वाक्य सही है और मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रयोग होंगे, जहाँ "अनिवार्य" वाक्य सही है, और चरणक द्वारा कर्मचारी से मुझे सहायता मिलेगी और सहायता के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए स्वीकार है। मैं इस बात को सख्त तौर पर मानता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच है।
2. "अनिवार्य" वाक्य सही है और मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच है। "अनिवार्य" वाक्य सही है और मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपेक्षा की तारीख

15/05/24

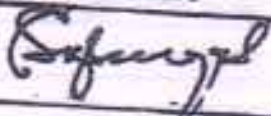
Dr. Shibashis Das  
M.B.B.S. M.D.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ मुद्रा

OPTOM ANJANMAY DAS  
Senior program officer  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)  
SANKARA JAIN Institute of Hospital  
उप व चर हस्ताक्षर स्वीकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

संस्थागत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
सहकर्ता (हस्ताक्षर 1)



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
सहकर्ता (हस्ताक्षर 2)

