

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0524/0196** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **15/05/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **LAKSHMI SADHUKHAN** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवधु का नाम: **GOPAL SADHUKHAN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **BISHNUPUR, RAJARHAT, NORTH TWENTY**

FOUR FARGANAS HOORSE WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

— AS ABOVE —



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. / स्थाई खाता संख्या:

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

Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	LAKSHMI SADHUKHAN	70	F	SELF
2.	RASU SADHUKHAN	48	M	SON
3.				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिशील रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे लक्ष्य किन्ती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/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 प्राप्त किया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ से यह सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले का)

- 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 यथासंभव वास्तविकता में होने वाले सभी विवरण यहाँ वास्तविकता के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई भी झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरी सहायता केवल "कोशिका फाउन्डेशन" से ही आ रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच है।
- मैं यहाँ सच कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्व या इसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से इस राशि के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

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/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.

- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को सहायता के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकार से प्रकाशित है, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन", दूर, संचार/प्रकाशित करने के माध्यम से, वृत्त, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से, जिससे दानों को प्राप्त करने में मदद मिलेगी और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी को फैलाने में मदद मिलेगी। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए मेरी कोई भी अधिकारिता नहीं है। कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा जारी)

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:

- 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.
- 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 स्वीकार्य है, हमारे द्वारा यहाँ जारी की जाने वाली सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रस्ताव से लाभ नहीं उठा सकते हैं।

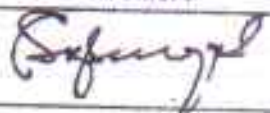
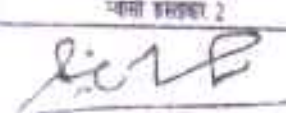
- यदि हमें अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलती है, तो हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए नहीं आना चाहिए, क्योंकि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा दी गई सहायता को पूरा करने में मदद मिलेगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी सहायता नहीं मिलेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन कोशिका फाउन्डेशन के द्वारा प्रभावित नहीं होता है। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी सहायता नहीं मिलेगी। इसलिए हमें सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन और अन्य स्रोतों को सही सिफारिशें देनी होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/05/24	Dr. Srinivas Das M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प	OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Co-ordinator of Hospital) SANKAR SPTC Eye Hospital, SANKAR SPTC Eye Hospital, SANKAR SPTC Eye Hospital, SANKAR SPTC Eye Hospital
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यक्ष हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यक्ष हस्ताक्षर 2 
--	---