

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0524/0204**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **18/05/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MADHAB SARDAR**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **78**
आयु-वर्ष

SEX **M**
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **RAKHAL SARDAR**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**SARDAR PARA, PATHARGHATA, RAJARHAT,
NORTH 24 PARGANAS HOORISSE, WEST
BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : **TEA SHOP**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **3000 X 12 = 36,000/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **स्थाई खाता संख्या**

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

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.	MADHAB SARDAR	78	M	SELF
2.	SACHIRANI SARDAR	69	F	WIFE
3.	PRADYU'T SARDAR	34	M	SON
4.	BIDYU'T SARDAR	40	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये निम्नी 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 AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संभव था:

- 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 दस्तावेज है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं यहाँ पर दस्तावेज है कि "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी मदद है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था।
 - 3) मैं यहाँ पर दस्तावेज है कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कम्पनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर दस्तावेज है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस रूप में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा आयोजित, आय, सहायता प्राप्त करने के लिए या अन्य माध्यमों से दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी देना। इसका उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से अधिकृत है मुझे सहायता या उपचार जारी रखना। इस सहायता को "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने तक जारी रखा जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)


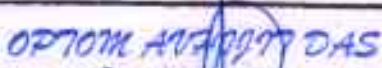
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, क्योंकि हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दस्तावेज के द्वारा हम यह स्वीकार करते हैं कि सहायता केवल वित्तीय मदद के लिए है और कोशिका फाउंडेशन को इस सहायता के लिए कोई भी भूमिका नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित उपचार को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित उपचार से अलग है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित उपचार को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित उपचार से अलग है। कोशिका फाउंडेशन को इस सहायता के लिए कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/05/24	 M.B.B.S. 1985 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और पं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR OPTICAL CENTRE
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
