

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य हेतु सहायता)		
APPLICATION No. : K/0624/0294 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 14/06/24 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : KALIPADA SARDAR आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 61 आयु-वर्ष :	SEX : M लिंग :	
FATHER/SPOUSE'S NAME : AMULYA SARDAR पिता/सहस्र का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ATUKUR, NORTH 24 PARGANAS, MINAKHAN वर्तमान निवास पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी निवास पता :				
OCCUPATION : CARPENTER व्यवसाय :		MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72,000 कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. (यदि प्राप्त हो तो):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):				
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 संबंध
1.	KALIPADA SARDAR	61	M	SELF
2.	SOHNATH SARDAR	28	M	SON
3.	BHORANI SARDAR	24	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड का प्रमाण (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किसे गरीब विधियों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/पत्रिकाएं संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STIC + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त हुई है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता प्राप्त हुई है		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान):

- 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 बयान दे रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं झूठा बयान प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी यह सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सख्ततापूर्वक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गयी सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बयान किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बयान दे रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो आंशिक रूप से और न ही पूर्ण रूप से सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 irrevocable.

1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छापने पर मैं (आवेदक) स्वयं सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके "वार्डनों" को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग करने की पूर्ण अधिकारिता होगी, जिसके माध्यम से वे "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए धन募集 कर सकें और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित कर सकें। मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का प्रयोग "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णपूर्ति के पूर्व या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के वार्डनों के द्वारा प्रयोग करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। "कोशिका फाउन्डेशन" के वार्डनों का इस संबंध में अंतिम और अविरोध योग्य निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):**

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 its 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 best 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" हमें सहायता प्रदान न करे। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हमें सहायता प्रदान नहीं करता है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" हमारे रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं निभाएगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई उपचार या प्रक्रिया का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर आधारित होता है और इसका कोई भी निर्णय "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार, सुरक्षा और नतीजों के लिए पूर्ण जिम्मेदारता होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका नहीं निभाएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/06/24

Dr. Subash Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉ. सुबाश दास, एम.बी.बी.एस. (सहमति के साथ)

OPTIM AVROO DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKAR JYOTI DAS, HOSPITAL**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

वार्डन हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

वार्डन हस्ताक्षर 2