

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0624/0305		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 15/06/24		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SABITA PODDAR		AGE-YEARS / आयु - वर्ष : 56	SEX / लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : KALIPADA PODDAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : EAST PARTHAPUR S.N. ROAD, PANIHATI (M) NATAGARH, NORTH 24 PARGANAS 700113 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : — AS ABOVE —				
OCCUPATION / व्यवसाय : TEA SHOP		MARRIED / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 2000 x 12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. / पैन संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर छूट हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sl. 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.	SABITA PODDAR	56	F	SELF
2.	KALIPADA PODDAR	63	M	HUSBAND
3.	BITAY PODDAR	29	M	SON
4.	PURABI NANDI	24	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:				
Sl. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इम्बेल्डन 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 किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?				
Sl. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दर्ज किया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी तरह की रकम प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अगली सहमति की शर्त पर "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जो "कोशिका" एवम् नाम, पता, फोटो/या किसी भी माध्यम में मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम में प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता है। इस सहमति से "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टियों का किसी भी प्रकार का दायित्व नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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:
- 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 shortage 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 अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति की ओर से, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार करते हैं।
- यह कि - हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी रोगी के लिए वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए। यह "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए अनिवार्य रूप से यह सुनिश्चित करता है कि हमारे पास कोई भी अन्य सहायता नहीं है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उसकी सुरक्षा के लिए हमें अपने डॉक्टर/डिप्टी का चुनाव करने का अधिकार होगा और इससे कोई भी अन्य सहायता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<i>Dr. Subash Das</i> MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर का मुद्रा	<i>OPTIM ARUN DAS</i> Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>Safaryal</i>	<i>Dr. R. P.</i>