

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0624/0353

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE 23/06/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JALADHAR SARDAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGANNATH SARDAR

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BHANDARKHALI, NORTH 24 PARGANAS 743439

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: ELECTRICIAN

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3500 X 12 = 42,000+

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम सिलेब)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से क्या सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|--------------------------------------------------|
| 1.                     | JALADHAR SARDAR                                   | 61                         | M              | SELF                                             |
| 2.                     | PULSHI SARDAR                                     | 52                         | F              | WIFE                                             |
| 3.                     | MALAY SARDAR                                      | 26                         | M              | SON                                              |
| 4.                     | MANJALDEEP                                        | 28                         | M              | SON                                              |
| 5.                     | JULI SARDAR                                       | 19                         | F              | DAUGHTER                                         |
| 6.                     | RIKU SARDAR                                       | 14                         | F              | DAUGHTER                                         |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विपत्ति आधार

|                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या बिमारी का उपचार:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारित सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                  |
| 2.                     | SURGERY — LE (SLCS + IOL)                                                                  |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौन सा सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |



**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा भरना)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में मंचा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर नहीं चाहता हूँ, जो कि मेरी कोई अन्य या भविष्य में किसी अन्य सहायता/रोक/बचत/समाप्ति से प्राप्त हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 fulfilment 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 admissible in law.
- 1) इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" एम.बी.एस.सी. द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरे इलाज के खर्च या खर्च से होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में लगायी जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हो सकते हैं, सहायता का इलाज नहीं कराया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" एम.बी.एस.सी. के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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

- 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 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिकृत/सकारण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थागत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किनारे पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज देना और अपने खर्च को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

|                                                       |                                                                                  |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>22/06/24</b> | <br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. और २ | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>SANKARA Jyoti Eye Hospital & Institute |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (आन्तरिक उपयोग हेतु)

|                                                |                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामी हस्ताक्षर 2<br> |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|