

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

K/0723/0397

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/08/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

DEBIRANI SARDER

AGE-YEARS जादु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

BAMACHARAN SARDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DURGAMANDAP, BARKHOLA, NORTH 24  
PARGANAS 743446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्याई नं. संख्या

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

क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगायें)

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 साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | DEBIRANI SARDER                                   | 55                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | SUREN SARDER                                      | 59                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3                      | MANJALA SARDER                                    | 30                         | M              | SON                                             |
| 4                      | LAKSHMAN SARDER                                   | 26                         | M              | SON                                             |
| 5                      | DHARATI SARDER                                    | 22                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 6                      | SARATHI SARDER                                    | 19                         | F              | DAUGHTER                                        |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधारा

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे 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>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्त्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                             |                                                         |
|                        |                                             |                                                         |
|                        |                                             |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण, एक कल्प अथवा धुंधला बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य को नहीं है, इस राशि या अतिरिक्त या सकल किस्त किसी अन्य स्रोत/निर्धनकारी/बिमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी, पत्र, माध्यम या दूसरी उद्देश्य में मुझे परिचित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारित से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या कर्म से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता का उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्णय प्राप्त हो सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्णय अतिरिक्त/सकल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता का निर्णय गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमत

|                                                |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>28/11/23 | <b>Dr. Shibashis Das</b><br><b>M.B.B.S.M.S</b><br>(Name of the Doctor with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर के साथ<br>Reg. no. 73035 | <b>OPTIM ANKITA DAS</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>Chief Executive Officer (Hospital)<br><b>SANKAR JYOTI EYE INSTITUTE</b> |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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