

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : K/0723/0406 APPLICATION DATE : 25/07/23  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : ABELA KAHAR AGE-YEARS आयु-वर्ष : 51 SEX लिंग : F  
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME : NIMAI KAHAR  
पिता/सहोदर का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS : PURBA DANDIRHAT, GOIRA, BASIRHAT-7, NORTH 25 PARAGANAS, 743411, WEST BENGAL  
वर्तमान निवास पताPERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSE WIFE MARKED (व्यापित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है (आपके पास) :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / NO  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें) हाँ / 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.	ABELA KAHAR	51	F	SELF
2.	NIMAI KAHAR	51	M	HUSBAND
3.	SOMNATH KAHAR	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विषय का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

**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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, अब और का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके बिना ही और न ही भविष्य में सुनूँ।

**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/print-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 advertising 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 करार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देते (आवेदक) द्वारा सहमत होकर घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, एवं, आवश्यक दुसरे उद्देश्य से दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संप्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे पता का विवरण मेरे स्वास्थ्य के मामले पर लागू न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हो मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायो का निर्णय अंतिम और संप्रसारण होगा।

**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 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 grant 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.

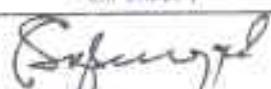
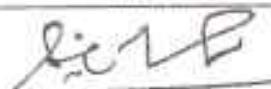
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मरणांतरीक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से साथ ही स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अतिरिक्त/अलग हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किये गये उपचार/विधि का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और करने जाने को सारे जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/08/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Gold Medalist with Stamp) डॉ. शिबाशिस दास	OPTOM ANUPOM DAS Senior professional officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTI HOSPITAL डॉ. शिबाशिस दास
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामो हस्ताक्षर 1) 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामो हस्ताक्षर 2) 
---	---