

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No : K/0823/0437 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 01/08/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : MONOWARA BIBI LASKAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 46	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABUL KALAM LASKAR पिता/सहस्र का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BULPARA, JAYNAGAR-1, MAJILPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743338, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप-आय कर पayer हैं? (जो भन्व हो उस पर सही का निशान लगावे)				
Yes / ☒ No / ☐ 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.	MONOWARA BIBI LASKAR	46	F	SELF
2.	ABUL KALAM LASKAR	50	M	HUSBAND
3.	SUMAYYA LASKAR	22	F	DAUGHTER
4.	MEHETAB HASSAIN	20	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 एवं विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी		

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम एवं कम्पन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निवारा की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से जो पाने-ली है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता भेजा है।

3) मैं यथुक्त करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, इस यथुक्त का अधिकतम या एकतरफा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न पाने लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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/post-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.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्रायोजन' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में धोखा है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, पता/पता द्वारा उद्धरण में तुरंत गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे पत्र या विवरण मेरे इलाके का रहने या बार से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पुष्टि स्वतः सहयोग का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उपायों नामों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सर्वद्वयं हि ब्रह्माक्षरं वा अक्षरं वा विना

म (मय) १०१० मय

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 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 अधीन, हमारी ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वयं व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी तीसरे संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त कर सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/सिफारिश हेतु अनुरोध नहीं किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य तीसरे स्रोत/संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस विधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्रोत उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी तीसरे संस्थान/संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं भेज/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा की गई सहायता या किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच या विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा दिया जाने वाले को सभी विधेय/रोगी एवं हस्पताल की ओर से "कोशिका" की ओर ध्यान या विनिर्देश इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

M.B.B.S M.S.
(Name of Candidate with Stamp)
Registration No. 21035

OPTION AVAILABLE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Letter of Hospital)
SANKARA JOINT VENTURE INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
આચાર્ય હરશંકર 2

Exempel

2020