

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1023/0678 APPLICATION DATE: 03/10/23
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: TAPAN SADHUKHAN AGE-YEARS: 54 SEX: M
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PADMA SADHUKHAN
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PANCHLA, HARISAVA, HOWRAH, HI 322-1
 WEST BENGAL
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: LABOUR MARRIED (गिवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60000 (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

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.	TAPAN SADHUKHAN	54	M	SELF
2.	PADMA SADHUKHAN	37	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरस्य एवं कथन असत्य प्रथम पाया जावे तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह अवधि को नहीं हूँ, उस प्रति या अतिरिक्त या सफल विधियाँ किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान देकर, मैं (अवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'न्यासीयों', दूर, सचन/सक द्वारा उद्देश्य या सुदृढ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न लानी अधिकृत है।
 2) मैं (अवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे प्राप्त; प्रसारण का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यासीयों' का निर्णय अंतिम और सचनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

बसन्त राव शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

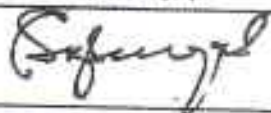
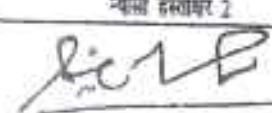
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 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 घोषित/रंगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न 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 तथा रंगी/रंगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण/विनिर्देश उक्त के अन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाय है तो हमसकत किसी अन्य स्रोत या सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रंगी/रंगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता संभव विविध प्रकृति की है। रंगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या विवरण को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमसकत हस्पताल में रंगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की जाती विनिर्देशों रंगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/10/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम एवं इच्छा के साथ	OPTOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory for benefit of Hospital) SANKAR EYE HOSPITAL
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--