

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामूल)



APPLICATION No. : **K/1123/0794** APPLICATION DATE : **07/11/23**
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SANDHYA NASKAR** AGE-YEARS **63** SEX **F**
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SUBAL NASKAR**
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **NAINANPUR USTHI SOUTH 24 MARGANAS WEST BENGAL - 743375**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**

OCCUPATION : **HOUSE WIFE** MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **3000 X 12 = 36,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. **स्वयं छात्र संलग्न**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / हाँ**
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) 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.	SANDHYA NASKAR	63	F	SELF
2.	SUBAL NASKAR	70	M	HUSBAND
3.	NIMAT NASKAR	19	M	SON
4.	KABITA MANDAL	22	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा कर्तव्य 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 कतल है कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पढ़ा गया है।
 3) मैं यहाँ पर कतल है कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में भी, उस राशि का रीमबर्समेंट या सब्सिडी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कतल)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'न्यायोप'ों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बतलाया है, उन्हें "कोशिका" एवम् 'न्यायोप'ों, घर, सचकायता दुर्घटना कवरेज में सुदूर परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इसका कतल मेरी सहायता के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या 'न्यायोप'ों' को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, सहायता के इच्छाकारी नहीं होंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यायोप'ों' पर निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

अ. शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कतल)

- 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 को और से यहाँ पर 'कोशिका फाउन्डेशन' से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से प्राप्त न कर सकेंगे।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पढ़ा है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/कवरेज हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार इसी सहायता या बिना लगे इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जारी करने को सही विधियों से ही हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/11/23	Dr. Subank Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ र	OPION ANAND DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JAIN HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप 2 <i>[Signature]</i>
---	---