

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **4/1123/0804** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **08/11/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **GOLAP SAUDAGAR** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **58** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : **RADHESHAM SAUDAGAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासिंग पता : **RHORBDA, NORTH 24PARGANAS, GHASTLA WEST BENGAL, 743423**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासिंग पता

**- AS ABOVE -**



OCCUPATION : व्यवसाय : **MAID** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जवियवित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **1400x12 = 16,800/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) Yes / हाँ / No / 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.	<b>GOLAP SAUDAGAR</b>	<b>58</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>RADHESHAM SAUDAGAR</b>	<b>67</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND</b>
3.	<b>SUBRATA SAUDAGAR</b>	<b>34</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>KAKULI MONDAL</b>	<b>26</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विनती अथवा

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) तालपूर्विका कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</b>
2.	<b>SURGERY - LE - (SICS + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा संघर्ष पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ संघर्ष पत्र है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत वा झूठा प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ संघर्ष पत्र है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले-ले जा रहे हैं, इसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वा अन्यत्र से कोई भी मदद, पूर्ण या अंशिक, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करता)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में जोड़ा जा सके, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, अन्य माध्यमों से मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित करने के लिए, सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उम्मीद उद्देश्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



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

- 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:
- 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.
  - 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 ओर से यहाँसे हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) भविष्य में वही या कोई भी अन्य सहायता हेतु किसी और सहायता से प्राप्त करने के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है।
- हमारी सहायता के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है तो हस्पताल को सहायता के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश करता हूँ। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किन्हीं अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। सिफारिश/अनुमति के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है और मेरी या हस्पताल की ओर से ही सहायता हेतु सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से अंगुठी अधिकृत है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संसुक्ति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/11/23</p>	<p><i>Dr. Sebastian Das</i></p> <p>M.B.B.S MS Gold Medalist (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>हस्ताक्षर का नाम व पता/संकेत व मुद्रा</p>	<p><i>OPTOM ANANTA DAS</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory of behalf of Hospital)</p> <p>SANKARA JYOTI HOSPITAL</p> <p>हस्ताक्षर का नाम व पता/संकेत व मुद्रा</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--