

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1123/0808** APPLICATION DATE : **09/11/23**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BEHULA SARKAR** AGE-YEARS **67** SEX **F**  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **PRABHASH SARKAR**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **पतेमान अवस्थान पता**  
**DASGHATM RADHANAGAR SOUTH 24 PARGANAS**  
**GOSADA WEST BENGAL 749378**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी अवस्थान पता**  
**- AS ABOVE -**

OCCUPATION : **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **3000 X 12 = 36000/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का निशान लगावें) Yes / No हां / नहीं

FAMILY DETAILS <b>परिवार विवरण</b>				
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	BEHULA SARKAR	67	F	SELF
2	PRABHASH SARKAR	74	M	HUSBAND
3	NAKESH SARKAR	41	M	SON
4	TUSHAR SARKAR	37	M	SON
5	NILAT SARKAR	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमाव प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमाव प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) सप्लायमेंट कार्ड (प्रमाण पत्र को जमाव प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलिकेशन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE - SQCS + JOL

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 एवं गई सहायता राशि



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक हउम नाथन 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 यथाथ वास्तविकता है कि इस प्रकरण में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन वास्तविक वास्तविकता है तो मेरी आवेदन निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथाथ वास्तविकता है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरे नाम को प्राप्त होने वाली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए ही दिना करेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यथाथ वास्तविकता है कि मैंने कभी भी या भविष्य में, इस राशि का जमाया या कर्जा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हउम करत)**

1) 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में जोड़ता हूँ, उसे "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने, प्रकाशक द्वारा उपयोग से मुझे प्रोत्साहित करें और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका अर्थ है कि वे मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवं उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर हउम करत)**

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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मांगते/लेते को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कल्पना व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी प्राधिकृत/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल द्वारा मांगे जा रहे/लेते हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगे/लेते।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से तो नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप इस रीति में सहायता या निर्णय गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर के रोगी को हस्तक्षेप सुझा और करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तिथि

09/11/29

*Dr. Shashis Das*  
M.B.B.S, M.S.  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

*OPTOM ANAND DAS*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
SANKAR JYOTI HOSPITAL  
केवल व से हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2

*[Signature]*