

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No.: W/1124/1286

APPLICATION DATE 24/11/24

NAME of APPLICANT: SHYAM SARDAR

AGE-YEARS 52 SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME: MANIK SARDAR



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TYANGRAMARI, AGARHATI, NORTH 24 PARGANAS
743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. व्यक्तिगत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर एल. है (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 संबंध
1.	SHYAM SARDAR	52	M	SELF
2.	BISHUBALA SARDAR	49	F	WIFE
3.	PIVA SARDAR	23	F	DAUGHTER
4.	NILAN SARDAR	20	M	SON
5.	PANICHA SARDAR	16	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) प्रोबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसदोसता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे रावे किन्हीं का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अव्यक्त/इंफिक्शन से जारी की गई उचित/सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AVAILED कितने रावे सहायता रावा

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना):

- 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 the 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.
1. मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी की अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सच बयान परदा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2. मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा जो इस फॉर्म में सच एवं सही है।
 3. मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवधि को नहीं है, परंतु एनडी का आर्थिक या वित्तीय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
 - 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एनपी, एनडी, एनए, एनएफएच द्वारा इंग्लैंड से जुड़ी गैरलाभकारी और गैरलाभकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करना या फिर अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे इच्छा के बिना या काम में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
 2. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये है उसे एनडी, सहायता या इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी एनडी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अधिककारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करना)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 any other 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 adopted/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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थ/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। किसी अन्य (इन्सुरेंस) निधि प्रकार से चिकित्सा या उपचार नहीं कराया जाता है।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कराने में नहीं जायेगा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सकता है तो मनुष्य नहीं लेना जाता है तो अन्यथा किसी अन्य गैरलाभकारी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट चारा जाता है कि अन्यथा द्वितीय मदद प्राप्त होगी/कराने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन में नहीं लेना/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इच्छा सुरक्षा और जारी करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत का लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/11/2022	Director MBBS, MS (Gold Medalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	ANTON ANANT DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2