

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION No. : K/1223/0934

APPLICATION DATE 09/12/23

NAME of APPLICANT : RUPDASI SARDAR

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME : RAKHAL SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

PURBA ATAPUR, NORTH TWENTY FIVE

PARAGANAS, 749446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर तिक चिह्न लगाएं)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.	RUPDASI SARDAR	62	F	SELF
2.	DILIP SARDAR	39	M	SON
3.	SUKUMAR SARDAR	36	M	SON
4.	SATI SARDAR	32	M	SON
5.	KADITHA SARDAR	29	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाली कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसी को किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वही राशि नहीं लेऊँगा जिसके लिये मैं यहाँ सहायता माँगा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से, प्रकाशित करने के लिये, जिसमें शब्दों, छपाई, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से धन की जुटाई के लिये और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिये उपयोग किया जा सके।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किए जाएंगे, जिसके लिये मैं यहाँ सहायता माँगा हूँ। कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों का इस संबंध में अंतिम और स्वीकार्य निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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 आपकी सेवा के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से लाभ व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें स्पष्ट पता चलता है कि कोशिका फाउन्डेशन का हमारे रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी भूमिका नहीं है। इससे हमें स्पष्ट पता चलता है कि कोशिका फाउन्डेशन का हमारे रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी भूमिका नहीं है। इससे हमें स्पष्ट पता चलता है कि कोशिका फाउन्डेशन का हमारे रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/12/23	Dr. Shibashu Das M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पं. नं.	OPTIMA HOSPITAL DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और हस्ताक्षर
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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