

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: 4/1224/1364 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 03/12/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: HRISHIKESH SARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BATAKRISHNA SARDAR पिता/कटुम्ब का नाम		70	M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता					
SARAPUL NORTH 24 PARGANAS PIN 742286 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता		AS ABOVE			
OCCUPATION: CYCLE STORE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. रप्याई 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 निशान 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 से संबंध	
1	HRISHIKESH SARDAR	70	M	SELF	
2	ARMIT SARDAR	63	F	WIFE	
3	SOUMEN SARDAR	35	M	SON	
4	CHANDANA SARDAR	31	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का 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 (SIOL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से तो वादा करती हूँ, कि प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 6) मैं यही पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार के लाभ के लिए नहीं हूँ, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, वाचनालय, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिने क्लिपों को प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इच्छा के बिना या बदले में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इच्छा के बिना या बदले में करने के लिए "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, वाचनालय और दूरदर्शन को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Hrishikesh Sarda

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 की ओर से हमले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/हो सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता होगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और गति के लिए सभी जिम्मेदारियों को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Designation, with Stamp) डॉक्टर का नाम व उपाधि व रजि. नं.	<i>OPTIONAL SIGNATURE</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल-अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>Safar</i>	<i>Dr. R. K. Das</i>