

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 10/1224/1463

APPLICATION DATE: 19/12/24

NAME of APPLICANT: LAKSHMI SARDAR BEWA

AGE-YEARS: 76 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LALDEB SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PETUADHANIPALI, MATSARI, NORTH DA

PARGANAS: 743442, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —



OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 1000x12 = 12,000

(Attach Proof of Income)

PAN No. (स्वास्थ्य खाता संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Yes/No) हाँ/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	LAKSHMI SARDAR BEWA	76	F	SELF
2	LALDEB SARDAR	80	M	NEPHEW

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रत्यक्ष पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	-------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विनोद का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से सही की गई प्रतिलिपि संलग्न करनी है)
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (Cataract + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED (की गई सहायता राशि)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:-

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मान्य प्रमाण प्राप्त नहीं हो तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का सख्त यकीन "कोशिका फाउन्डेशन", से उसे खर्च है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता पत्र है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु खर्च कार्यवाही नहीं करूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कंपनी से या जो कि दिया है और वही सही सही है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करके)

- 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या बाईं थंब प्रिंटिंग करके, मैं (आवेदक) यकीन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को उपयोग करके मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, रजि, जानकारी पूर्ण उद्देश्य को सुदृष्टीकरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग है। मेरी प्रार्थना या विवरण मेरे उद्देश्य को प्राप्त करने के लिये कि "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी किया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। मुझे स्पष्ट: सहायता का उपयोग नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं थंब का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करके)

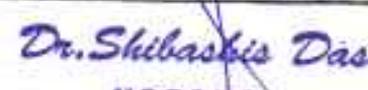
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

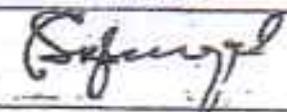
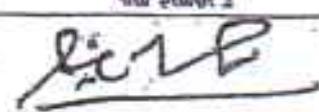
इसमें अधिलेखित, हस्ताक्षर को यहाँ से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर पर नहीं मिलती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस यकीन के साथ कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिये कि "कोशिका फाउन्डेशन" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इन्होंने हस्पिटल में रोगी के उद्देश्य सुझा और जाने जाने को सही निर्णय देना एवं हस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/24	 Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Hospital, with Stamp) हस्ताक्षर/नाम/हॉस्पिटल के साथ	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिलेखित अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ हस्ताक्षर 2 
---	---