

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No. : K / 1224 / 1430 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 19/12/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: RAMU SARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS 51 वर्षों में वर्ष	SEX M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABI SARDAR पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PARENTS RESIDENCE ADDRESS परिवार के सदस्यों का पता KALIKATALA, DANNING-II, SOUTH 24 PARGANAS 743329, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: VEGETABLE SHOP व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सौंपना)			
PAN No. स्पष्ट नहीं है तो छोड़ दें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर खींचें या रिक्त छोड़ें) 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 से संबंध	
1.	RAMU SARDAR	51	M	SELF	
2.	MAMATA SARDAR	41	F	WIFE	
3.	ADARNA SARDAR	19	F	DAUGHTER	
4.	RODDUR SARDAR	16	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निर्दिष्ट आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) बचत योजना के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनसंघन योजना का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करें)		☐ Below Poverty Line Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिखें किसे क्या उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सौंपना				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SIOL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्तर से मिल चुका है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं सहायता हेतु जो राशि मांग रहा हूँ, उस राशि का कोई भी स्रोत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ पर सहमत कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, चरित्रकथन द्वारा संचालित से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का जो सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है उसे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स और भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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 यहाँ पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता किसी अधिकृत/अधिकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय रूप से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले/प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार इस रोगी की सहायता या बिना उसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अपने चले जो बातें विनियमों संगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/24	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. to be signed with Stamp) हस्ताक्षर की जाने वाली डॉक्टर की पदवी व	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	