

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या :

K/0423/0083

APPLICATION DATE: 12/04/23
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

SOTYABATI SARDAR

AGE-YEARS वय-वर्ष EX लिंग
61 FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुत का नाम

RAM SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासस्थान अपासांख्य पता

DWARJA JANGIE, GHOLAPARA, SANDASH KHALLI
NORTH 24 PARGANAS, 743446, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासांख्य पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
अवसरपात्र

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष चिनान)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
मम आय अद्य कर रहा है (जो मान्य हो उस पर ममी का निशान लगाये)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS सदीकार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
१.	SOTYABATI SARDAR	61	F	HUSBAND
२.	RAM SARDAR	66	F	SON
३.	LOB SARDAR	38	M	SON
४.	GANGADHAR SARDAR	39	M	SON
५.	PRIDHAR SARDAR	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता के लिये विनाशी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाब प्रति संतान करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अद्य वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाब प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जाब प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
महायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:

Br. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/फॉर्मिटर से जारी की गई प्रतीक्षेदार सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LF
2.	SURGERY - LF (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता लियी जाने वाली से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लो गई महायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च प्रबंध हैं। यदि कोई विवरण इस कामन आवश्यक नहीं है तो मेरी महायात्रा मिला की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथों द्वारा दर्शाया गया "कोशिका फाउंडेशन" की लीड जारी है, उसका उपर्योग इसी उद्देश्य की चूटी के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भी दर्शाया जाएगा।
- 3) मैं पुरी करता हूं कि विस महायात्रा हैं यह ग्राहकों की गई है, उस गांठ का अधिकार या समक्ष विस्तृत किसी अन्य छोटी/विदेशी/वैदिक काल्पनिक से न तो लिया है और वही स्थिति में रहती है।

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर जापने हान्ताराया का गोंदारी की जाग दर्शाया, मैं (आवेदक) अन्तर्निहायी गोंदारी की पुरी करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके अधीकारी" की अधिकृत करता हूं कि ये यह जाग, गोंदारी और ये विवरण इस प्रकाश में दर्शाया है, जो "कोशिका" एवं नाम, दान, यात्रायात्रा दूलो उद्देश्य में जूदी गोंदारी/गोंदारी और उपकारिताएँ एवं लिये किसी भी प्रसार यथावधार से प्रसारित करने को निए अधिकृत है। ये इसके द्वारा दर्शाया गये गोंदारी के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाबे से जानता हूं कि मेरे नाम, दान, गोंदारी और विवरण जो कि महायात्रा के उद्देश्यों से जुड़ी हैं युक्त ग्राहकों द्वारा यात्रा का हाफात नहीं बनता। इस गांठ में "कोशिका" एवं उसके अधीकारी का निर्णय अधिकृत और अधिकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या गोंदारी का विवरण



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 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.

इसके अधिकृत, हमायात्री की ओर से यात्राएँ/गोंदारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महायात्रा हैं जिसकी जाग दर्शाया गया है। ये इस (हस्पताल) द्वारा दर्शाया गये गोंदारी व स्वीकृत करते हैं:

1) यह कि न कोई अधिकृत व स्वीकृत में विविध लहराया जाना गया है ताकि उसका गोंदारी संवाद या किसी अन्य गोंदारी से इस दौरी/गोंदारी में लौटी या हो रही है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविध लहराया जाना गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गोंदारी जिसी अधिकारी/गोंदारी नहीं दर्शाया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य वीक्षक को साकारी गोंदारी या किसी अन्य साकारी गोंदारी से गोंदारी गोंदारी नहीं दर्शाया जाता है। इस दौरी में लक्ष्य फारा जाता है कि अस्पताल द्वारा दौरी दौरी/गोंदारी में लौटी या हो रही है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में भी वीक्षक को साकारी गोंदारी की जाग दर्शाया गया है। योंगी या हस्पताल द्वारा दौरी दौरी/गोंदारी को दीर्घ या विवरण दी जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी एकात्म का योंगी दर्शाया नहीं है। इसलिये हस्पताल में लौटी या इसका दूलो गोंदारी वीक्षक को दीर्घ या विवरण दी जाती है। इसलिये हस्पताल में लौटी या इसका दूलो गोंदारी वीक्षक को दीर्घ या विवरण दी जाती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती को लिये संतुष्टि**

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख 12/04/2023	Dr. Shubhashis Das M.B.B.S Gold Medalist (Name of Dr. Geetanjali Nanda, Stamp) डॉक्टर का नाम और डॉक्टर का गोंदारी	OPTOM AVANTAJI DAS Senior Optician Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARAYYA INSTITUTE नमूद द्वारा हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध के लिये		

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2