

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION (स्वास्थ्य देखपाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **K/0423/0104**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **23/04/23**

NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम: **SARALA SARDAR**

AGE-YEARS आयु वर्ष: **73**  
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम: **SANSAI SARDAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

**JELIAKHALI BASHCHIM KHANDA NORTH  
24 PARGANAS WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

**AS ABOVE**



OCCUPATION: व्यवसाय: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **NIL**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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)

FAMILY DETAIL: Yes / No हा / नहीं

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1	SARALA SARDAR	73	F	SELF
2	RAGI SARDAR	50	M	SON
3	RATIKANTA SARDAR	46	M	SON
4	RAMJI SARDAR	47	M	SON
5	SANDHYA SARDAR	38	F	DAUGHTER
6	NANDAKANT SARDAR	35	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card, Copy) गरीबी रखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICSA TEL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- I hereby confirm that all details in this Form are True in the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आशावादी प्रार्थना को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आशावादी प्रार्थना के लिए, उद्योग या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)**

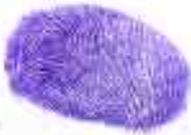
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को दृष्टिगत करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, धर्म, पाठ्यक्रम द्वारा उद्देश्य से दृढ़ता से प्रचारित/प्रसारित और जानकारी के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है मुझे स्वतंत्र, सहायता का इलाज नहीं देगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)**

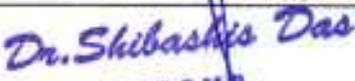
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रश्न से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- जब कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय प्रकाश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिक/सफल हेतु प्रयत्न नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के सरकारी सहायता या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से न तो कोई वित्तीय/वित्तीय प्रयत्न को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेने उद्योग/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 अपने कर्तव्य को सही विनियमों के तहत हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>22/04/23</b>	 <b>Dr. Shibashis Das</b> M.B.B.S.M.B. (Name of Doctor & Hospital with Stamp) डॉक्टर का नाम और हस्पताल का नाम	 <b>OPTOM ANANTA DAS</b> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR EYE HOSPITAL
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
