

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : M/0822/0188APPLICATION DATE : 01.08.2022
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम SUDHIR HALDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम DWIJEN HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

LABATI DIAMOND HABBOUR SOUTH 24
PARGANAS 743331, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NIL(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)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 के साथ सम्बंध
1.	SUDHIR HALDAR	65	M	SELF
2.	SHAMALI HALDAR	58	F	WIFE
3.	KALPADA HALDAR	36	M	SON
4.	NINTU HALDAR	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य जगह 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 statements 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का दावा करता हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन को गढ़ा है, उस राशि का जहाँ तक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्वासी, दान, संचालन/इस उद्देश्य से दुर्दी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लाया अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इश्वार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान



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.
- हमारे अधिलेखन, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्ध/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विशेष रूप (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पानगी में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र देते हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/माली हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई सलाह या निर्णय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज चुनना और जहाँ जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
कार्यवाही की तारीख

01/08/2022

Dr. Shigaphis Das

M.B.B.S M.S

(Name of Dr. & Sign with Stamp)

डाक्टर का नाम और हस्ताक्षर के साथ

OPTOM ANANT DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKAR JYOTI HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]