

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **M/1022/0366**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **12/10/22**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **KALIPADA SARDAR**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **57**

SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : **DUKHIRAM SARDAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

CHAR BIDYARABAD, CHARAVIDYA, SOUTH 24 PARGANAS - 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय : **FARMER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS. 4000 x 12 = 48,000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही को चिह्न लगाएं)

Yes / NO / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	KALIPADA SARDAR	57	M	SELF
2.	SHARATI SARDAR	53	F	WIFE
3.	RAJU SARDAR	30	M	SON
4.	RAKESH SARDAR	26	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / इप्लीका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लक्ष्य चिह्नित का 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 किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा करना)

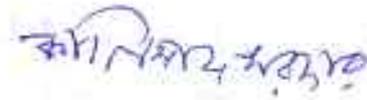
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose" 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक वर्षों के लिए इस राशि का अधिकतम या समान किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से न मांग लिया है और न ही भविष्य में मांगूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करना)

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता/पता सुनिश्चित करने, उद्देश्य/उद्देश्य के लिए विवरणों और प्रतिक्रियाओं के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने से अधिकृत करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण को प्रचार के प्रयत्न से बचाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामो अज्ञात है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है, प्रकाशित हो सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

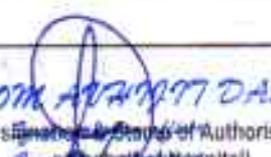
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसमें अधिष्ठाता, हस्तक्षेप की और से रोगी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करने के लिए।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्थान या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होगी/प्राप्त में होगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के साथ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अधिकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य से सहायता मांगना या किसी अन्य संस्थापक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता विशेष पदर एक रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संस्थापक संस्था या किसी अन्य संस्थापक से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्तक्षेप द्वारा ही नहीं सहायता या किये गए उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने जाने को जारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख 12/10/22	 Dr Shibashis Das Director M.B.B.S, M.S. (Gen. Surg.) Reg. No. 311635/2013 SANKARAYOGI HOSPITAL, SANKARAYOGI	 OPION ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARAYOGI HOSPITAL, SANKARAYOGI
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
