

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : M/1022/0366

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 12/10/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KALIPADA SARDAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DUKHIRAM SARDAR

पिता/सहोदर का नाम

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 साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / NO

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बन्ध
1.	KALIPADA SARDAR	57	M	SELF
2.	CHARATI 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 चिह्नी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य चिह्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् दाता कर्ता दाता

- 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 Kashioka 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महात्मा-सिखा की या सहायता ही
- 2) मैं इस या सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह भी घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी इस या सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसा लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (APPLICANT'S USE ONLY)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (अर्शियक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, नाम, धारकता इत्यादि उद्देश्य-धु जुड़ी गतिविधियों और प्रचलनियों को लिपि किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद मे करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शियक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है जुड़ो मत; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन के दफ्तार या अंगरे का निशान

कानिबन्धन

AGREEMENT by HOSPITAL: ☐ YES ☐ NO

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:

- 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इन्जीनरों के लिए संस्था

Date of Surgery
अपरिणत की तारीख

12/10/22

Dr Shibashis Das

Director

M.B.S. 10. 3/18/64 No. 1 with Stamp

Respectfully,
[Signature]

OPTOM AVIN77 DAS

(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory
Consultant of Hospital)

SANKAR, DUTTA, CHATTERJEE AND SENGUPTA

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरांगिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE :
 व्यासो इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी कमलेश्वर 2

Rich