

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : M/1022/0409 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 17.10.2022 अवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : KHATEJA SARDAR अवेदनकर्ता का नाम :		AGE-YEARS : 64 वय-वर्ष :	SEX : F लिंग :		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. MONDAL पिता/पति का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>SUDIPUKUR PURBA BISHNUPUR SOUTH 24</u> <u>MARGANAS, 743375, WEST BENGAL</u> वर्तमान आवासीय पता :					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u> स्थायी आवासीय पता :					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय :			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : <u>XXXXXX XXXX</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : Yes / ☒ / No क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) :					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध	
1.	KHATEJA SARDAR	64	F	SELF	
2.	MOJIBAR SARDAR	42	M	SON	
3.	MOJIBAR SARDAR	40	M	SON	
4.	AMRUK SARDAR	38	M	SON	
5.	FIRUJA BISI	33	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंती 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनंती 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 (SICS + TOR)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी प्रकार यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस राशि को अधिक या कम किसी किसी अन्य डॉक्टर/पेटेंट/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 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.
- 1) इस उपर पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम, एन, एनएमएन द्वारा उद्देश्य में मुझे घोषितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रकरण का विवरण मेरी इलाज की प्रकृति के बारे में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के घोषित हैं पूर्ण सत्य; सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा; इस संबंध में "कोशिका" एनएम इसकी घोषितियों का निर्माण और प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंध/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी साझाई संस्थान या किसी अन्य संगठन से वसूली होगी/पायले में लगे या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधिगत रूप से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिगत स्वीकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या साझाई संस्था या किसी अन्य संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद प्राप्त होगी/पायले हेतु किसी भी साझाई संस्था या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले ली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और अपने अपने को जारी हिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या हिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery संयोग की तारीख 17/10/22	Dr. Shibashis Das Director M.B.B.S, M.S (Gold Medalist) Reg. no. 71035 WBMG (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व निशान	OPTOM ANURAGI DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA JYOTHI HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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