

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: M/1122/0434
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 03.01.2022
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SHUKRO SARDAR
आवेदक का नामAGE-YEARS: 89
वर्षSEX: M
लिंगFATHER'S/SPOUSE'S NAME: UNESH SARDAR
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

MUTAN PARA, MUNSHI GHAT, GOPALPUR, NORTH
24 PARGANAS, 743445, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई पहचान 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)

Yes / हा / No / 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.	SHUKRO SARDAR	89	M	SELF
2.	LAKMI SARDAR	83	F	WIFE
3.	BIFAL SARDAR	60	M	SON
4.	KAMAL SARDAR	56	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 दिवसी का उद्देश्य:

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

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 आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भराया जाय)		
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 पर बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा सत्य बताने से न हो सहायता निराश हो कि सही है। 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।		
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 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दिया है, उसे "कोशिका" द्वारा, किसी भी माध्यम, यथा: मौखिक, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से लोगों को मदद के लिए प्रेरित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यूनतम अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में दिये हैं, केवल "कोशिका फाउंडेशन" से न्यूनतम अधिकृत है।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली 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: 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामांकित/होने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के सम्बन्ध में इस रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/अवकाश हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रि में स्पष्ट बताना है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष पर इस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता के सम्बन्ध में किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता अवकाश वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने-आपने की सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery अंगुली का निशान	 Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Designation with Stamp) डॉक्टर का नाम और पद के साथ मुद्रा	 OPTIONAL: DR. SHIBASHIS DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) कोशिका फाउंडेशन के अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यूनतम हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यूनतम हस्ताक्षर 2	
		