

|                                                                                                                                                                       |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                          |                                                                                             | Healthcare<br>(स्वास्थ्य ईकाया)                                                                                     |                | <br>Koshika<br>foundation<br>Building block of life |  |
| APPLICATION No.<br>आवेदन संख्या : M/1122/0436                                                                                                                         |                                                                                             | APPLICATION DATE : 03.11.2022<br>आवेदन तिथि                                                                         |                |                                                                                                                                       |  |
| NAME of APPLICANT<br>आवेदक का नाम : NAGEN SARDAR                                                                                                                      |                                                                                             | AGE-YEARS अनु-वर्ष : 62                                                                                             |                | SEX लिंग : M                                                                                                                          |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME<br>पिता/कन्या का नाम : HAREN SARDAR                                                                                                            |                                                                                             |                                  |                |                                                                                                                                       |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता<br>NATUNPARA, MUNSI GHRI, GOPALPUR NORTH<br>14 PARGANAS, 743495, WEST BENGAL                                            |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>AS ABOVE                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| OCCUPATION : UNEMPLOYED                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : NIL                                                                                                                                             |                                                                                             | MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                |                                                                                                                                       |  |
| PAN No. :<br>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय का दाता हैं ( जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं : Yes / No<br>हां / नहीं |                                                                                             | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सक्ष्य संलग्न)                                                                   |                |                                                                                                                                       |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                           | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध                                                                                         |  |
| 1.                                                                                                                                                                    | NAGEN SARDAR                                                                                | 62                                                                                                                  | M              | SELF                                                                                                                                  |  |
| 2.                                                                                                                                                                    | ANJALI SARDAR                                                                               | 52                                                                                                                  | F              | WIFE                                                                                                                                  |  |
| 3.                                                                                                                                                                    | CHIRANJIT SARDAR                                                                            | 35                                                                                                                  | M              | SON                                                                                                                                   |  |
| 4.                                                                                                                                                                    | PRASENJI SARDAR                                                                             | 32                                                                                                                  | M              | SON                                                                                                                                   |  |
| 5.                                                                                                                                                                    | SANAKA SARDAR                                                                               | 28                                                                                                                  | F              | DAUGHTER                                                                                                                              |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवरण आधार                                                                           |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रोज़ के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                           |                                                                                             | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                              |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सक्ष्य                                                                                                                              |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE<br>सहायता हेतु किसे लिये चिन्ता का उद्देश्य:                                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                | Medical Report/Prescriptions Attached<br>अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| 1.                                                                                                                                                                    | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                   |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| 2.                                                                                                                                                                    | SURGERY - LE (SICS + IOL)                                                                   |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?                                  |                                                                                             |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                       |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                   |                                                                                                                     |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हो गई सहायता राशी                                                                               |  |

**DECLARATION by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा। जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, जैसे कि रीमर्बर्समेंट, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी, के बिना उस राशि के लिए नहीं ले रहा हूँ जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करार)**

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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टियों, दान, धारक/या दूसरे उद्देश्य के लिये विविध माध्यमों और उपकरणों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस प्रकार की सहमति को प्रारूप में भरने या बाद में बदलने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से त्रस्टियों को अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्रस्टियों के विवेकपूर्ण निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्पणकर्ता का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

1 नमो व सहायता

**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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यादगार/होती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल को अधिकृत है कि वह उक्त रोगी/रोगी के लिये अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अंशतः वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा ही नहीं सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इन्होंने हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने को जारी रखे/रखती रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख

03.11.22

Dr. Shibashis Das

(Name of Dr. & Design. with Stamp)

डाक्टर का नाम व डिजाइन के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

अधिकृत अधिकारी का नाम, डिजाइन और छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2