

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: M/1122/0437
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 03.11.2022
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: CHAITIBALA SARDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

82

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

GOUR CHANDRA SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता

NATUNPARA, MUNSHI GHAT, GOPALPUR,
NORTH 24 PARGANAS, 743445, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(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 वाक्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

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.	CHAITIBALA SARDAR	82	F	SELF
2.	KRISHNAPADA SARDAR	60	M	SON
3.	TERANI SARDAR	53	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.

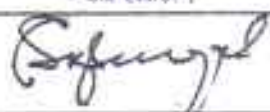
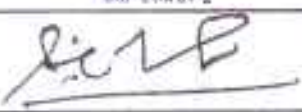
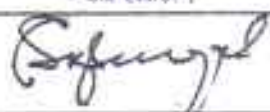
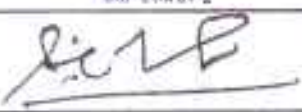
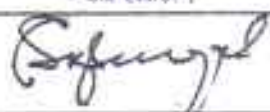
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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 + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीव गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना): 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से तो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह उद्देश्य जो रखा है, उसे पूर्ति के अतिरिक्त या संकलन किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना): 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि छाप लगाकर मैं (अर्शिका) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसकी न्यासेयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनादय दूसरे उद्देश्य से मुझी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित न्यासेयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना): 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यहाँ-तहाँ की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/संकलन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त में हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery अर्शिका की तारीख 03/11/22 </td> <td> Dr. Shikhar Das M.B.B.S, M.S. (Name of Dr. & Register No. with Stamp) डाक्टर का नाम एवं पंजीकरण संख्या के साथ </td> <td> OPTIONAL AUTHORITY South Indian Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARARAO HOSPITAL नाम व पद के अनुसार अधिकृत अधिकारी </td> </tr> </table>		Date of Surgery अर्शिका की तारीख 03/11/22	Dr. Shikhar Das M.B.B.S, M.S. (Name of Dr. & Register No. with Stamp) डाक्टर का नाम एवं पंजीकरण संख्या के साथ	OPTIONAL AUTHORITY South Indian Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARARAO HOSPITAL नाम व पद के अनुसार अधिकृत अधिकारी
Date of Surgery अर्शिका की तारीख 03/11/22	Dr. Shikhar Das M.B.B.S, M.S. (Name of Dr. & Register No. with Stamp) डाक्टर का नाम एवं पंजीकरण संख्या के साथ	OPTIONAL AUTHORITY South Indian Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARARAO HOSPITAL नाम व पद के अनुसार अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु): <table border="1"> <tr> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  </td> <td> SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 