

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: M/1122/0446
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09/11/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SUBHADRA SARDAR
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 56
SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्भ का नाम: ASHINI HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
CHAKPARAMESWARI, PASCHIM GOPALNAGAR, SOUTH 24
PARGANAS - 743551, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:
- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / स्थाई खाता 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 लगावे): Yes / No / हाँ / 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 से संबंध
1.	SUBHADRA SARDAR	56	F	SELF
2.	NIHAR SARDAR	57	M	HUSBAND
3.	ASTIK SARDAR	34	M	SON
4.	TAPATI SARDAR	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनोद 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 किये गये विनोद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवृत्त एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस आ सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु वह उद्देश्य को नहीं है, उस रकम का अतिरिक्त या अलग दिग्दर्शक किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सकार, मैं (अर्शक) अपनी सार्वजनिक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, रण, वाचक/पत्र द्वारा उद्देश्य से नुरो गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी को द्वारा सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाक के पत्रों या कार्ड पर करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहा; सहायता का हकदार नहीं करता। इस सार्वजनिक में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निचाल



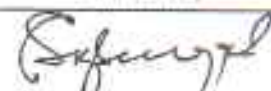
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मर्यादा में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता उस के मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरासिफारिश/कमाल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उस रोगी/मर्यादा हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सार्वजनिक से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या लिये गये उपचार/उपक्रिय का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तक सुरक्षा और करने करने की गारी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई क्षुणिक या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/11/22	 (Name of Dr. & Design. with Stamp) डॉक्टर का नाम के साथ चिह्न के साथ	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name of Hospital) SANKAR HOSPITAL & INSTITUTE
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	--