

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/1122/0469 | | APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14/11/22 | | |
|---|---|---|--|---|
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम NAMITA HALDER | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 53 | SEX लिंग F | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटाय का नाम RAMKRISHNA NYOGI | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता NARENDRAPUR, MADHUSUDANCHAK SOUTH 24 PARGANAS - 743529, 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 सत्य प्रमाण) | | |
| PAN No. : स्थाई खाता संख्या | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चेक का चिह्न लगावे) 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 से साथ संबंध |
| 1. | NAMITA HALDER | 53 | F | SELF |
| 2. | BISWANATH HALDER | 58 | M | HUSBAND |
| 3. | CHAMPA GUPTA | 50 | F | DAUGHTER |
| 4. | CHANDRANI BAIDYA | 42 | F | DAUGHTER |
| 5. | CHANDANA RAY | 24 | F | DAUGHTER |
| 6. | RATNA TIKADAR | 20 | F | DAUGHTER |
| 7. | NILIMA MAITY | 18 | F | DAUGHTER |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लिये 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 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 लिया गया हो? | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ पर्य सहायता यशी | | |
| | | | | |



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कथना पर:

- 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 सही जानकारी से अनुभव सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं दृढ़ता से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से मदद का खर्च है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंगल रूप से है।
3) मैं यही प्रतिबद्धता करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेजूँ, उस रकम का संपूर्ण या कुल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथना)

- 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 लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि/पता की छवि/विवरण एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" फाउन्डेशन, द्वारा, कथन/चित्र द्वारा उद्देश्य से चुनी गई विधियों/माध्यमों और प्रकाशनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने का हकदार अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के प्रारंभ या बाद में कथन की छवि "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नमिता शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना)

- 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.

- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप से हमारे/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेषी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चलाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रजाल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और स्वस्थ होने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|---|--|---|
| Date of Surgery उद्देश्य की तारीख <i>14/11/22</i> | <i>Dr. Shikha Das</i> M.D., B.S., M.S. (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, पता, पंजीकरण नं. एवं मुहर | <i>OPTOM ANAND DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR EYE HOSPITAL & INSTITUTE हमारे/हमारी के लिए अधिकृत अधिकारी |
|---|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2 |
| <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> |