

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : M/1122/0495 APPLICATION DATE : 22/11/2022
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : MALATI NASKAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग F
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIREN NASKAR
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KARNAKAR, KAYAL O MONDAL, PAKA, KHAKURDAH
JOYNAGAR, SOUTH 24 PARGANAS, 743382,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSEWIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 के साथ सम्बन्ध
1	MALATI NASKAR	62	F	SELF
2	BIREN NASKAR	60	M	HUSBAND
3	SRERDITI NASKAR	59	M	SON
4	BALAKAM NASKAR	56	M	SON
5	MITA NASKAR	53	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार 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 - LE
2.	SURGERY - LE (VICS + POL)

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करः

- 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 के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
 (2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माया गया है।
 (3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या समान विधियाँ किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- (1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धनसहाय्य हेतु उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी को प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण को इस्तेमाल को करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
 (2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण

Dr. Shilpi

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 जाये से मामले/रोगी का "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 सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विन्डो उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकार किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत/आर्थिक/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रस्ताव या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इस्तेमाल सुरक्षा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुविक्त या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अवधि का तिथि</p> <p>22/11/22</p>	<p><i>Dr. Shilpi Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डाक्टर का नाम, सं. नं. और मुहर के साथ</p>	<p><i>OPTIMA ANAND DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKARA HOSPITAL INSTITUTE</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarpur</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Dr. Shilpi</i></p>
---	---