

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0718/0844

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/08/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RUBI SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

HARI PADA SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SARDAR PARA, PUMLYA GHURKUNDA,
ASHOKNAGAR, NORTH 24 PARGANAS, 743272,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी 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. स्थायी 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 लगाएं)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	RUBI SARDAR	65	F	SELF
2.	BENU SARDAR	43	M	SON
3.	SANTA SARDAR	40	M	SON
4.	ROMA SARDAR	38	F	DAUGHTER
5.	SOMA SARDAR	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सुची 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 लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: હાલેથી હું ખોલવા માટે

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं स्पष्ट रूप से सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिल रहा हूँ और न ही मिलने में लगे।

AGREEMENT by APPLICANT (APPROVE FOR WIFE)

- f) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 प्रश्न या अपने उत्तरों या अंतर्गत की जानकारी, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिपूत्र करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, ट्रस्ट, सचकायत द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार सम्भव से प्रवर्धित करने के लिए अधिपूत्र है। ये प्रश्न का विवरण की प्रत्येक के पत्रों या कार्ड के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिपूत्र है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रवर्धित है मुझे माला: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅੰਤਰਿਕ: ਭੈਂ ਦਰਸਾਉਣ ਨੇ ਅੰਤਰਿਕ: ਕਾ ਵਿਚਾਰ



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 201 4000)

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 अधिकांश, कमजोरी की ओर से गगनचोरी को "बौद्धिक चारट्टेस" से विविध प्रभावित होत विपरीत की जाती है, जिसे हम (हमसुख) दिन उठाने से पहले न सोचना करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश में विहित सामान्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेट में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉर्पोरेट फायरवॉल" से निपटारा/निपटित उक्त के सम्बन्ध में "कॉर्पोरेट फायरवॉल" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉर्पोरेट फायरवॉल" द्वारा सामान्य विहित अधिकांश-सम्बन्ध हेतु समुदाय की विधि ज्ञात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सामान्य लेने का अधिकांश सुनिश्चित उचित है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष गहरा उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेट हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉर्पोरेट फायरवॉल" से ही यह सामान्य संभव विहित प्रकृति की है। ऐसी या हमारा द्वारा ही यह सामान्य या किने गले उक्त/अधिक या भुगतान ऐंटी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कॉर्पोरेट फायरवॉल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हमारा में ऐंटी के द्वारा सुनिश्चित और अपने जाने की गरी विनिर्देशों ऐंटी एवं हमारा को छोड़ें और "कॉर्पोरेट" को कोई अधिकांश या विनिर्देशों इस मामले में नहीं छोड़ें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संस्कृति के लिए संस्थापि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/05/18	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, PhD (Eye) FMRE FSNEC (Name of Doctor) (Signature Stamp) Dr. Alok Agrawal Eye Foundation Hospital, Sector-3 Gurgaon, Haryana	Dr. Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. संकर बेगची डायरेक्टर
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इनामदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इनामदार 2
	