

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0818/0969

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 08.08.18

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: DAUDALI SARDAR

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 56

SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/पत्न्या का नाम: DDIRISH SARDAR



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता  
CHANDRACHAR CHAURA, GIRAMNAGAR,  
NORTH 24 PARAGANAS, 743422,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: / व्यवसाय: LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: RS. 1600 x 12 = 19,200/-

(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 पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1	DAUDALI SARDAR	56	M	SELF
2	HAFIZA BIBI	47	F	WIFE
3	MUBARRAK SARDAR	26	M	SON
4	MUSTAKIN SARDAR	23	M	SON

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) अल्प 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 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 (STCS+ 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 एवं गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उपचार को प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

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 donation to 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दस्तखत करके, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चर्चे और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् "त्रुस्टीयों", दूर, संचारमाध्यम द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। यह प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चर्चे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)**

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 सार्वजनिक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, क्योंकि हमें सहायता के लिये माया "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये गए हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता के लिये सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही है। इसलिए हॉस्पिटल में उपचार का चुनाव और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे ही होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery अभियोग की तारीख <b>08.08.18</b>	 <b>Dr. K. Ghosh</b> MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of OP & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व टिप्पणी	 <b>S. Anjali</b> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यम व पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2