

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1119/2084** APPLICATION DATE: **12/11/2019**
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **AMULYA RATAN SARDAR** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **68** SEX लिंग: **M**
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **SHRISH CHANDRA SARDAR**
 पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
KULDI, CHAK DEANIMANDAL, SODAL NAGAR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1800 X 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान 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.	AMULYA RATAN SARDAR	68	M	SELF
2.	KAJAT SARDAR	32	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में प्रस्तुत नहीं किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस मदद का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से या जो भी मदद है और न ही प्रतिभ में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक प्रारंभ की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन, एम्प्लॉयर्स एन्ड उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी जानकारी के पता या पता से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायियों का निर्णय अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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 सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मदद के रूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उम्मीद करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे पर हस्पताल द्वारा ही माँगा जाता है किन्तु हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने के इलाज सुझाव और मरीज को सही विनियमों से ही हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या विनियमों से ही नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/11/2019	Dr. Aghya Das M.B.B.S Reg. No. - 69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2