

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3258 APPLICATION DATE : 13/11/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NAZRUL SARDAR AGE-YEARS 60 SEX M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MUZZIBAR SARDAR
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GURNA, NORTH 24 PARAGANAS 743293, WEST BENGAL
वर्तमान निवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी निवासीय पता



OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (को फॉर्म में टिक या नहीं 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 संबंध
1.	NAZRUL SARDAR	60	M	SELF
2.	MUZZIBAR SARDAR	24	M	SON
3.	LAILI SARDAR	21	F	SUN
4.	HEETA SARDAR	57	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनसहायक/प्रीस्क्रिप्शंस संलग्न की गई हैं/अनुमति सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIESTA)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाता है तो उसे सत्यापन विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से सहायता प्राप्त की जायेगी, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रकरण के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिल रहा है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 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 final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग किए जा सकते हैं। "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण से पूर्ण करने के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से नहीं अधिकृत है। प्रकरण का निष्पत्ति का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

N. Sarda

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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 जाने वाली अंगूठे/हस्ताक्षर को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रकरण के सच को स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/पाने में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान किया गया सहायता किन्हीं भी अन्य स्रोतों/संस्थाओं से प्राप्त करने के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए स्वीकार्य नहीं है। इस घोषणा के अंतर्गत स्वीकार्य है कि अस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ही गार्ग सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हम अस्पताल द्वारा ही गार्ग सहायता का चुनाव करते हैं एवं हम अस्पताल को सच का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में ऐसे में सहायता प्रदान करने के लिए किन्हीं भी अन्य स्रोतों से सहायता की जाती है और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/11/2020</p>	<p>Dr. K. Chandra MBBS, D.O. (Gen. Surg.) S. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p><i>K. Chandra</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर</p> <p><i>S. Singh</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर</p> <p><i>K. Singh</i></p>
--	--