

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 11/0120/3746 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: HEMIANTA SARDAR AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 73 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: DHIREN SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: CHAS ATAKILA POSE, ANDHAR MAHAR, JESHNU PUR, SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 2300 X 12 = 27600 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या: XXXXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध
1	HEMIANTA SARDAR	73	M	SELF
2	DESHASTI SARDAR	48	M	SON
3	KALASHI SARDAR	42	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (STESTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा कथन गलत है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना के अंतर्गत यदि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता मिलती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, इस उद्देश्य के अंतर्गत या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से सहायता ले और न ही सहायता ले सकूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)**

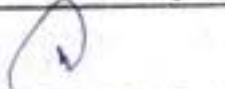
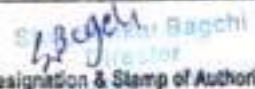
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उक्त "कोशिका" एनपी जेएच, एन, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीरें और विवरणों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के अंतर्गत या मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कौन सा भी उद्देश्य से प्रयोग किया जा सकता है, उसका प्रयोग केवल उक्त उद्देश्य के लिये ही किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमसे या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त उद्देश्य के "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं की जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गैर-वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। रोगी या हस्पिटल द्वारा ही गैर-वित्तीय सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पिटल में रोगी के इलाज शुरू और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 28/1/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य एवं नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
