

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0125/1720

APPLICATION DATE: 19/01/25

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: USHARANI SARDAR

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

BADAL SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DWARIE JANGIE SANDESHKHAJI

NORTH 24 PARGANAS

743446 WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4000 X 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई छाल 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.		60	F	SELF
2.	BADAL SARDAR	42	M	HUSBAND
3.	SANHU SARDAR	41	M	SON
4.	SANKAR SARDAR	40	M	SON
5.	SANJIB SARDAR	38	M	SON
6.	ZAMUNA MONDAL	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये वित्ति 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किन्ने गये वित्तों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
②	SURGERY - LE (SICSH 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीका गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञान प्रमाणना देणं:**

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापत्ता विरक्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की महापत्ता राशि "कोशिका काष्ठार्थरक्षण", मेरी खा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि बिना महापत्ता हेतु यह प्रश्न की गयी है, उस राशि का अधिक या कमाल किया किसी अन्य धर्म/विशेष/कायना सम्बन्धी से न तो लिया है और न ही प्रथित में लूना।

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/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 पर अपने हस्ताक्षर या अक्षरों को छात्र लगाकर, यै (अपवादक) अपनी सहमति को पुष्टि करता है एवं "कोशिका काउन्सिल और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, चर, सचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाच्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के पक्ष या पक्ष में करने के लिए "कोशिका काउन्सिल" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) यै (अपवादक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोहित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का विरोध अहित्य और बाधकारी होगा।

अमेरिका की समस्या या अंगुठ का निधान



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.

1.) यह कि न तो जाफर और न ही अधिकांश विधित्त सहायता किसी गैर साफ़ी संस्था या किसी अन्य इलाके से उठाए गए/मायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिश्रीर/विशित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। परर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित्त आशिक/सकल हेतु मान्यु नही किया जाता है सो अमयात किसी अन्य गैर साफ़ी संस्था या किसी अन्य सहायन से सहायता लेने का अधिकांश सुशित रहता है। इस सुधित में परर कहा जाता है कि अमयात द्वितीय परर उक्त गैर/मायले हेतु किसी गैर जाफ़ी संस्था या किसी अन्य सहायन से गही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से भी यह साधना कथल विविध प्रकृति को है। ऐसी या इन्वोल्टन द्वारा ही यह साहस या जिनो यह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इन्वोल्टन से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इन्वोल्टन में ऐसी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्वोल्टन की होगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सर्वीक्षणी के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख: 19/01/25	Director M.H.B. : M.S. (Gen. F. & S.) 71035 VRMC (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(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
नाम: रमेश ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यामी इम्तियार 2

Exchanged

2020