

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	21/1024/0996	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	15/10/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	DANODASI SARDAR	AGE-YEARS उम्र-वर्ष	51
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम	SABUL SARDAR		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
PETUADHANI HATI, MATHURARI ABAD, BANDSHKHALI-1, NORTH 24 PARGANAS TARAIL, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
— AS ABOVE —			



OCCUPATION : व्यवसाय	HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	5000 X 12 = 60,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थाई खाता 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 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.	PANODASI SARDAR	51	F	SELF
2.	SABUL SARDAR	57	M	HUSBAND
3.	KARTIK SARDAR	27	M	SON
4.	GANESH SARDAR	23	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

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 पर कतई कि इस प्रारूप में गिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कतई कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जंगले को छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोच" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, धन, याचनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और गतिविधियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का धितरण मेरे हस्ताक्षर को करने या करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायो अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

✓

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

हमारे अधिकांश इस्तेमाली की ओर से मांगलेनी की "कोशिका चान्द्रेयन" से किया संचालन है जिसका भी उल्लेख है। जिसे हम (हमसल) विना प्रकाश में मांग व इस्तेमाल करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकांश विविध महापक्ष किसी भी सरकारी संस्थापन या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/मामलें ले लेने या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मित्रातिथि/चिन्ति लेख को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विज्ञापित जलशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मिताप किसी अन्य भी सरकारी संस्थापन या किसी अन्य सम्बंध से महापक्ष लेने का अधिकार मुराहित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि जलमहापक्ष द्वितीय बार उक्त रोगी/मामलें हेतु किसी भी सरकारी संस्थापन या किसी अन्य माधम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुगतान ऐसी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इलाज शुरू और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

95/10/24

Dr. Subash Das
M.B.B.S M.S.
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हस्ताक्षर और मुद्रा के साथ प्रमाणित करें।

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्लाम ।

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थायी हस्ताक्षर २

Rich