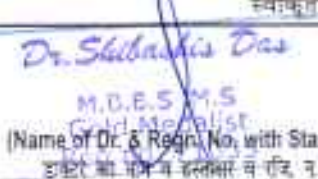


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life	
APPLICATION No.: K/1024/0998		APPLICATION DATE: 15/10/24			
NAME of APPLICANT: SARATHI SARDAR		AGE-YEARS: 62		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JATIN SARDAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BHOLAKHALI, NITYABERIA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS 743442 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 4000X12 = 48,000				(Attach Proof of Income)	
PAN No. (आपका आयकर संख्या)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SARATHI SARDAR	62	F	SELF	
2.	SANKAR SARDAR	35	M	SON	
3.	KHUKUMANI SARDAR	32	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof		
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE					
2. SURGERY - LE (SIOL + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषण 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकता हैं। यदि कोई झूठा कथन अथवा गलत जानकारी दी जायेगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहायता, जो मुझे दी जायेगी, केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रत्यक्ष में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही ले सकूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में दिये हैं, उसे "कोशिका" एवम् स्टाफ, राज, सचिव/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार, माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष का विवरण कोशिका फाउन्डेशन को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये हैं, मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके स्टाफ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमने अधिलेखित, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/24	 M.D.E.S.M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रिज. नं.
 (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 स्टाफ हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्टाफ हस्ताक्षर 2
