

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0717/0602

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 14/08/17

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : DHIRENDRANATH SARKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 72

SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : BIPIN SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PURGA BHATTI SHAHCHURA (MAGURDI),
BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743413,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. उपलब्ध नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध
1.	DHIRENDRANATH SARKAR	72	M	SELF
2.	GANDESH SARKAR	45	M	SON
3.	KARTICK SARKAR	37	M	SON
4.	JOYDEB SARKAR	34	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आप कोई अन्य
--	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्था/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LICS + TOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 आप स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सा सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਪੰਜਾਬੀ ਦੇ:**

- 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरे आकांक्षी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एव "कौशल विकास प्रमाण", में ही ही है, इसका उपयोग करी प्रमाण की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में भी सत्य है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रमाण की पूर्ति, इस एवम का उपयोग करी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी में न ही किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 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/produce 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपने नाम, पता, तस्वीर और 'उद्देश्य' के विवरण का प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और उसके तस्वीरकर्तों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एकत्रित करे, पत्र, मासिकपत्र, पत्रिका, दूरदर्शन या रेडियो पर प्रसारित करने के लिए उपयोग करे और इससे संबंधित जानकारी को अपने विचारों को प्रसारित करने के लिए प्रसारित करे। मेरे प्रपत्र का प्रयोग कोशिका फाउंडेशन के पत्रों या पत्रों में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या तस्वीरकर्तों के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस प्रपत्र पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को प्रयोग करने के लिए तस्वीरकर्तों के अधिकार हैं। तस्वीरकर्तों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL, (from go web)

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.

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संशुद्धि (स्वीकृत/निरस्त का विधान सहायक)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/08/12	 Dr. Arindam Deb MBBS, D.O. FRCS Reg. No. - 38096 Sanku Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, य	 Shub Sankar Bagchi Director Sanku Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अनिवार्य अनिवार्य	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

✓ SANCTIONED सम्पुर्ण	REJECTED सम्पुर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो इनामा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो इनामा 2
			