

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: <u>K/0717/0603</u>		APPLICATION DATE: <u>14/08/17</u>			
NAME of APPLICANT: <u>TARAPADA SARDAR</u>		AGE-YEARS <u>42</u>	SEX <u>M</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>TIKU SARDAR</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>HASANAGADA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION: <u>FARMER</u>					
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS. 1500 X 12 = 18000/-</u>		(Attach Proof of Income) (अपने का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAM No. <u>XXXX XXXX</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No ☒ हा / 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 आपका संबंध	
1	TARAPADA SARDAR	42	M	SELF	
2	SUBALA SARDAR	35	F	WIFE	
3	SAGARIKA SARDAR	12	F	DAUGHTER	
4	SWAPNA SARDAR	9	F	DAUGHTER	
5	NITYANANDA SARDAR	5	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विधि या उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SKRS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी नाम सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान की मदद, या भुगतान के अंश या पूर्ण, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ले जाऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रत्येक पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ, जहाँ "कोशिका" फंडिंग करे, या, या अन्यथा इसके माध्यम से धन की सहायता के लिए लोगों को प्रेरित करे। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग "कोशिका फाउंडेशन" के लिये किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे घोषणा करता हूँ कि मैं मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ, जो मेरी सहायता के लिए किया जा रहा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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.

- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) इस प्रकार से सहायता के लिए नहीं आ रहे हैं, जो हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त हो रहा है, बल्कि हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त हो रहा है।
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त हो रहा है, जो हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त हो रहा है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त हो रहा है, जो हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त हो रहा है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का चिह्न लगायें)

ACCEPTANCE

सम्पूर्ण

REJECTION

निरस्त

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

14/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. - 58096
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Bankar Bagchi
Director
Net Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शक द्वारा प्रयोग के लिए

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2