

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: K/0717/0660		APPLICATION DATE: 12/01/17		
NAME of APPLICANT: SEFALI SARKAR		AGE-YEARS: 52	SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: GOPAL SARKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 19/9, GOKINDA CHANDRA KHATK ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. XXXX XXX XXX				
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.	SEFALI SARKAR	52	F	SELF
2.	GOPAL SARKAR	60	M	HUSBAND
3.	SURITA SARKAR	27	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RF			
2.	SURGERY- RF (SICS+IOL)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED		

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता पाऊँ "कोशिका फाउंडेशन", से उसे या पूरी है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस उद्देश्य का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोटीनोफेल्डर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, प्रसारण, दूरदर्शन से चुनने की विधियों और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए चुनने का अधिकार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त निर्णयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ जो और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे यहाँ न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रस्ताव हेतु सफुर्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा दृष्टिकोण और उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने का सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के सहायता प्राप्त और अपने चारे को सही निर्णय लेने एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" को कोई पुष्टि या निर्णय इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरास्त का निराकरण लक्ष्य)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
निरास्त

Date of Surgery
अर्शक को तारीख

18/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No.-58098
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर नं. और २

Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्वीकृत करने हेतु

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरास्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]