

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0917/0850**

 APPLICATION DATE : / आवेदन तिथि : **04.09.17**

 NAME of APPLICANT : / आवेदक का नाम : **KABUTAR SARDAR**

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : / पिता/पत्न्य का नाम : **HARAN SARDAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

LABURKHALI BASANTI SOUTH 24 PARGANAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE
 OCCUPATION : / व्यवसाय : **HOUSE WIFE**

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / हा

No / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

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 सम्बन्ध
1.	KABUTAR SARDAR	65	F	SELF
2.	MUNNA SARDAR	42	M	SON
3.	SINIYA SARDAR	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसी 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 इस सहायता का राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 a
 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
 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रकन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया पाया जाय तो वे भी छात्रता प्राप्त की जा सकती है।
 (2) मैं इस को छात्रता प्रति "कीटिका फाउण्डेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकन में पाया गया है।
 (3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस छात्रता सेट का उपयोग नहीं करूँ, उस प्रति का लालिख या समक विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above 221 4372)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसलिए या जहाँ की आप चाहें, मैं (अर्शक) अपने साक्षी की मुद्रा लगाऊँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिखें जहाँ वो इस सफलता से उपस्थित करने को तैयार अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों को पूराने या कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से उपस्थित है मुझे नहीं: सहायता का इरादा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा न्यायी न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

सर्वोच्च न्यायालय ने इस मामले में सुनवाई के लिए न्यायाधीशों की एक बेंच का गठन किया है।



AGREEMENT by HOSPITAL (XXXXX [DO NOT])

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.

इसकी अभिवृत्त, इसका स्वरूप भी और वे मान्यताएँ जो "अतिरिक्त परापूर्वक" से मिली प्रमाणों से सिद्ध होती हैं, जिसे हम (इसका) विषय प्रमाण से मान्य न समझते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित सामग्री किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य तरीके से उन्हा छेदी-छाईनी में लीने या तो गई है, जैसे कि इनने "कॉलिका च्यान्देरा" से निष्काशित/छेदी उन्हा से सम्बन्ध में "कॉलिका च्यान्देरा" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉलिका च्यान्देरा" द्वारा सामग्री किसी अधिकाधिकतर हेतु गन्तु या कि चिप का है तो सम्बन्धित किसी अन्य भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य सम्बन्धित से सम्बन्धित लेने का अधिनियम प्रमाणित रहता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित प्रमाण गहरा उन्हा छेदी-छाईनी हेतु किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य साधन से नहीं लेका/लेयी।
2. "कॉलिका च्यान्देरा" में ली गई सामग्री संकेत विहित प्रकृति की है। ऐसी या इत्यादि द्वारा ही यह साक्षर या किने लने सम्बन्धित/अधिक या प्रमाण ऐसी एवं इत्यादि से सीधे का निष्कर्ष है और "कॉलिका च्यान्देरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए इत्यादि में ऐसी से सम्बन्धित प्रमाण और अपने जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इत्यादि को छोड़ी और "कॉलिका" की कोई अधिका या किन्हे-ऐसी इस सम्बन्ध में नहीं छोड़ी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरास या निरासन संकेत)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.09.17	 Dr. Arindam Deb MBBS, D.O, FRCS Reg No - 54090 Eye Foundation & Research Centre	 Dr. Arindam Deb Director Sankar Eye Foundation & Research Centre	
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका संकेत		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थशास्त्र विभाग के लिए

SANCTIONED सन्तुष्ट	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इनाम 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इनाम 2
			