

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1092

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

NISHITH SARKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

BIJOY SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BHADURIA, NORTH 24 PARGANAS, 743427,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1500 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 के साथ सम्बन्ध
1.	NISHITH SARKAR	51	M	SELF
2.	SUMARANI SARKAR	45	F	WIFE
3.	SAJAL SARKAR	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none no none no

- 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 यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी साहाय्य प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से असाध्य प्रति "कीटिका फाउन्डेशन", से जो सहाय्य करी है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बतल गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस साहाय्य से इस उद्देश्य की पूर्ति करूँगा, जो इस प्रश्न में बतल गया है। मैं इस साहाय्य के लिये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (select one box)

- 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/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 to 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) मैं (आवेदक) 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 Kothika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस द्वारा मैं अपने इसका मैं अपने भी आप समझा, मैं (आवेदक) अपनी साखी भी मुझे बताई हैं कि "कोटिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत बताई हैं कि मैं पर, पर, छोटी और मे विभाग इस द्वारा मैं कोटिका है, उसे "कोटिका" एक ग्राहक, पर, कथनक द्वारा उद्देश्य से मुझे कोटिका और उपायों को मैंने किने भी प्राप्त करना से प्राप्त करने को लिए अधिकृत है। मैं इस का विभाग में इसका मैं अपने मैं पर मैं करने को लिए "कोटिका फाउंडेशन" मैं ग्राहक अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मैं पर, पर, छोटी और विभाग को कि साखी को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे बता: साखी का समझा भी बता। इस समझ में "कोटिका" एक ग्राहक ग्राहकों का निर्णय और कथनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

સાહેબને કામગીરીમાં સંડોવવાનો અધિકાર



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH THE NAME)

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:

- 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.

बड़े अधिकार, ब्राह्मणों की ओर से मान्यताओं की "कोविदा परामर्श" से विभिन्न प्रकार के नियमों की जारी है, जिसे इन (ब्राह्मण) नियम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION समन्वित	
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13.10.18	 Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व उचित. न.		 Dr. K. Ghosh Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
					