

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. 1: K/1017/1100
APPLICATION DATE: 13.10.17

NAME of APPLICANT: MADHUSUDAN SARKAR
AGE-YEARS: 72 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NABIN SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 73, 1 PANCHINRAMAPUR, RAMAPUR, HAT BACHHA, NORTH 24 PARGANAS, 743434, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: DS ABOVE



OCCUPATION: UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. (Attach Copy)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

FAMILY DETAILS (होदार 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 संबंध
1	MADHUSUDAN SARKAR	72	M	SELF
2	USAKANT SARKAR	63	F	WIFE
3	DISWANT SARKAR	40	M	SON
4	SANDHA SARKAR	37	F	DAUGHTER
5	SONDHYA SARKAR	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
साहाय्य हेतु किसे यह विपत्ति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE

2. SURGERY - RE (SICST 101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर साहाय्य राशि

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 applicable 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 योशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गयी सहायता के माध्यम से अपने व्यक्तिगत या व्यावसायिक या अन्य किसी भी प्रकार के व्यय को नहीं भुगतान करूँगा। यदि कोई भविष्य में कभी भी सहायता प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है तो वह आवेदन निरस्त कर दिया जा सकता है।

2) मैं योशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गयी सहायता के माध्यम से अपने व्यक्तिगत या व्यावसायिक या अन्य किसी भी प्रकार के व्यय को नहीं भुगतान करूँगा। यदि कोई भविष्य में कभी भी सहायता प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है तो वह आवेदन निरस्त कर दिया जा सकता है।

3) मैं योशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गयी सहायता के माध्यम से अपने व्यक्तिगत या व्यावसायिक या अन्य किसी भी प्रकार के व्यय को नहीं भुगतान करूँगा। यदि कोई भविष्य में कभी भी सहायता प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है तो वह आवेदन निरस्त कर दिया जा सकता है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रश्न पर अपने इच्छाएं या शर्तों को ज्ञान साधक, मैं (आवेदक) अपनी छावनी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से जुड़ी पत्रिकाओं और प्रसारणों में लिखें बिना मेरी इच्छा या शर्तों से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विवरण को इच्छा के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साधक को उत्सवों में प्रयोग है मुझे प्राप्त: साधक का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृत्वों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

સાહેબનાં બંધનમાં આવીને આજીવન

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.

इससे अधिकतम, हमारी ओर से प्राप्त करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी बाहरी संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त लेने/पाने में लगे या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त से हमसे न "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अतिरिक्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य भी बाहरी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमself प्रिडिक्ट कर प्राप्त लेने/पाने हेतु किसी भी बाहरी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/पाने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने/पाने सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी या हमself द्वारा ही नहीं सहायता या बिना भी सहायता/प्रक्रिया का प्रस्ताव देने एवं हमself से सौच का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए हमself में ऐसी से प्राप्त सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी देने एवं हमself की होती और "कोशिका" की कोई अतिरिक्त या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

(Signature) Dr. Bankar Bagchi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)**
नमः स एव इत्येतत् अष्टिद्वयं अष्टिका

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप ठाकुर 2

REJECTED
कमन्स

hypo

Eric Nt