

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/832

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PRATIMA SARKAR

AGE-YEARS

वर्ष

53

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

SHANKAR SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

65 NO JATINDRA NATH ROY CHOWDHURY LANE,  
KOLKATA 700036, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(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 निशान लगाएं)

Yes/No

हां/नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | PRATIMA SARKAR                                    | 53                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | SANTU SARKAR                                      | 21                         | M              | SON                                             |
| 3                      | JHANTU SARKAR                                     | 21                         | M              | SON                                             |
| 4                      | NANTU SARKAR                                      | 25                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 5                      | SUKHEN SARKAR                                     | 24                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किनलि आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                             |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>व्यप्रीकता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>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 है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>इस गरी सहायता धरती |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

## DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा प्रश्न गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कीटिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या किसी भी और न ही किसी भी स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (below DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 virtual, 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसलिए या जहाँ की आप चाहें, मैं (अर्शदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, सहायता दाने उद्देश्य से मुझे वित्तियीय और उपलब्धियों को निर्णय किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्राप्त के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकाया नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

... e g... ..

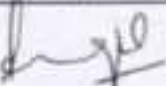
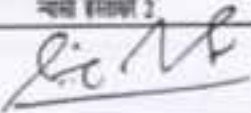
AGREEMENT by HOSPITAL: (WHICH IS NOT)

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:

- 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 अधिकतर, इसकाही की ओर में सामान्यतः की "कोविड-19" में विभिन्न प्रकार के लक्षणों की जाती है, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार के लक्षणों की ओर में सामान्यतः करते हैं।

1. यह कि न तो अधिका और न ही अधिका में विविध सहायता किसी के आकांक्षी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च ऐंटी-पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "अधिकार पायरेटों" से विचार/विचारित उच्च को संस्था में "अधिकार पायरेटों" द्वारा गहरा हो चुका है। यदि "अधिकार पायरेटों" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्था से प्राप्त नहीं किया जाता है तो संस्थाओं किसी अन्य के आकांक्षी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थाओं विविध गहरा उच्च ऐंटी-पायल से प्राप्त किसी के आकांक्षी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं ले पाएंगे।
2. "अधिकार पायरेटों" से लेने या सहायता केवल विविध प्रवृत्ति को है। ऐंटी या इस्तेमाल द्वारा ही यह संस्था या किसी से उच्च/अधिकार का प्रमुख ऐंटी एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "अधिकार पायरेटों" द्वारा किसी उच्च का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में ऐंटी के इस्तेमाल प्रमुख और अपने अपने को नहीं मिलेंगे ऐंटी एवं इस्तेमाल को होने और "अधिकार" को कोई अधिकार का विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

|                                                                                                       |                       |                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संज्ञा (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये) |                       | ACCEPTANCE<br>सम्पूर्ण                                                                                                                                                                                                      |  | REJECTION<br>असम्पूर्ण                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>05/01/18                                                    |                       | <br><b>Dr. Arindam Deb</b><br>MBBS, DO, FRCS<br>Reg. No. 58098<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इलाका व पद, न. |  | <br><b>Shri Sankar Bagchi</b><br>Director<br>Everest Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी |  |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत उपयोग हेतु                                       |                       |                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| SANCTIONED<br>संज्ञा                                                                                  | REJECTED<br>असम्पूर्ण | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी इलाका 1                                                                                                                                                                                    |  | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी इलाका 2                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|                                                                                                       |                       |                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                      |  |