

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0618/0425** APPLICATION DATE: **01.06.18**  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **NIKHIL SHARMA** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **55** SEX लिंग: **M**  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **NISHIKANTA SHARMA**  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**DAKSHIN GAREDAHIA, HAROA, NORTH 24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
**AS ABOVE**



OCCUPATION: **RICKSHAW PULLER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **Rs-1600x12 => 19200/-** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / NO**  
 क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): **हाँ / 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	NIKHIL SHARMA	55	M	SELF
2	PAJJI SHARMA	48	F	WIFE
3	MADHURIMA SHARMA	25	F	DAUGHTER
4	NILAY SHARMA	21	M	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
 सहायता के लिये विनति आधार

<b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह टिकी संलग्न करें)	<b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अलग आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जगह टिकी संलग्न करें)	<b>Ration Card (Attach Copy)</b> उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की जगह टिकी संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<b>DIAGNOSIS - CATARACT (R/E)</b>
2	<b>SURGERY - RE (SIGMA)</b>

**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 लेई गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण सत्य ज्ञात है तो वेदों सहायता निरास की जा सकती है।
  - 2) मैं इस प्रकरण के सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
  - 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उद्देश्य से लुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण में हस्ताक्षर के पता पर करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे प्राप्त सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Nikhil Sharma*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**



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.

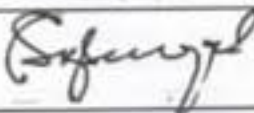
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लीने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु यन्त्र नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने वाली सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और लेने वाले को सही विधि/रोगी रोगी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई मुद्रिका या निर्णय/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>01-06-18</b>	 <b>Arindam Deb</b> MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्तर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 <b>Anjali Bagchi</b> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2  
---	---