

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: K/1218/1761

APPLICATION DATE: 6/12/18

NAME of APPLICANT: ABANI SARKAR

AGE-YEARS: 65

SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

NIMAI SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: धर्मपुर ग्रामांगण पथ

DHAPA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वहाँ

AS ABOVE

OCCUPATION:

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

(Attach Proof of Income)
(आपका आय प्रमाण)

PAN No. (आपका PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	ABANI SARKAR	65	M	SELF
2	NARAYANI SARKAR	60	F	WIFE
3	SARASWATI PRAMANIK	29	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) कोटिरी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपमर्त्य/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित 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 प्राप्त होगी?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया था तो मैं यही स्वीकार करता हूँ कि मैं झूठा हूँ।
- 2) मैं इससे स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की राशि प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी के अनुसार सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करे, उसे "कोशिका" के माध्यम से, दूर, सामान्य रूप से प्रसारित करे या किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीरें और विवरणों का उपयोग करे। इससे मेरी सहायता के लिए कोई भी राशि प्राप्त करने का अधिकार नहीं है। मेरी सहायता का विवरण मेरे उद्देश्य के अनुसार होना चाहिए और मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रकाशित करूँगा।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी राशि प्राप्त करने का अधिकार नहीं है। मेरी सहायता का विवरण मेरे उद्देश्य के अनुसार होना चाहिए और मैं इसे "कोशिका" के माध्यम से प्रकाशित करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हमारी अधिसूचना, हस्ताक्षरों के माध्यम से हमारे संकेतकों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मांगेंगे। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगनी होगी। यह पुष्टि करता है कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हस्पताल) इससे पहले कि हम अपने रोगी के इलाज के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांगेंगे, उसे अपने रोगी के इलाज के लिए ही प्रयोग करेंगे। कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेत

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 6/12/18	Dr. Anil Agrawal (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और संकेत	Shib Bankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>