

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/1830

APPLICATION DATE : 8/12/18

NAME of APPLICANT : KALPANA SARKER.

AGE-YEARS : 63

SEX : F.

FATHER/SPOUSE'S NAME : AJIT SARKER.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : संपूर्ण वर्तमान पता

SIKDESPURHURIA CHHOTI MAGULIA BARAKAT-1
NORTH 24 PARGANAS HUGLI-74, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पर पाले हैं (जो सत्य हो उस पर 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 से संबंध
1.	KALPANA SARKER	63	F	SELF
2.	AJIT SARKER	52	M	HUSBAND
3.	SUNIL SARKER	41	M	SON
4.	KRITIKA SARKER	38	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के संकेत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्नी लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से चार्ट को चर्चा प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CHINARACT - LE.
2.	SURGERY - LE (Sic + 90L)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी चर्चा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रपत्र निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए, या इस मदद का अंशिक या पूर्णतः निरास करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मदद ले और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएँ, दूरदर्शन से सुनी वीडियो/ऑडियो और उपकरणों के माध्यम से बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से मदद न ले सकें।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता बिना किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से दान करें, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रेषित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	Dr. Shish Bunker Nag (Name of Dr. & Hospital No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हॉस्पिटल का नाम	Shish Bunker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षर
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2