

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. /
सहायता संख्या : 4/12/18/2147APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 01/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम RAM GOPAL SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम AMULYA SARDARPRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता
KANTABANIA, KARANJALI, SOUTH 24 PARGANAS
743346, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NIL(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. सहायता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय करदाता हैं (जो अन्य 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.	RAM GOPAL SARDAR	70	M	SELF
2.	GITA SARDAR	48	F	WIFE
3.	KALPANA SARDAR	38	F	DAUGHTER
4.	SUSHIL SARDAR	32	M	SON
5.	SUSHANTA SARDAR	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कितने आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर कोई छाप डालें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय को प्रमाण पत्र (आय पर कोई छाप डालें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर कोई छाप डालें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नलिखित कारण

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रमाणित दवा प्रमाण
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 कितनी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान आता है या उसे ग्राहक विवरण को न मानते हैं।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीत" करता हूँ, कि यदि मैंने इस मदद को प्राप्त किया, तो मैं इसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस मदद के लिए अब तक किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-upreproduce 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 प्रत्येक पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "बोलीत" करता हूँ कि मैंने इस मदद को प्राप्त करने के लिए सहमत हो चुका हूँ, और मैंने इस मदद को प्राप्त करने के लिए सहमत हो चुका हूँ, जो कि "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है। मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीत" करता हूँ, कि यदि मैंने इस मदद को प्राप्त किया, तो मैं इसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के इस मदद को प्राप्त करने के लिए "बोलीत" किया जा सकता है। मैं इस बात से सहमत हूँ कि "बोलीत" करने वाले को इस मदद को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से हस्ताक्षर करने को "बोलीत" करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य न मानते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में निम्न मदद को प्राप्त करने के लिए सहमत हो चुका हूँ, जो कि "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है। मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीत" करता हूँ, कि यदि मैंने इस मदद को प्राप्त किया, तो मैं इसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है। मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीत" करता हूँ, कि यदि मैंने इस मदद को प्राप्त किया, तो मैं इसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।

2. "बोलीत" करता हूँ कि मैंने इस मदद को प्राप्त करने के लिए सहमत हो चुका हूँ, और मैंने इस मदद को प्राप्त करने के लिए सहमत हो चुका हूँ, जो कि "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है। मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीत" करता हूँ, कि यदि मैंने इस मदद को प्राप्त किया, तो मैं इसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/18	K. GHOSH M.D., D.O., DNB, FRCS MD - 50971 (Name of Dr. & Reg. No. of Hospital Centre) हॉस्पिटल के डॉक्टर का नाम और नंबर	Shib Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2