

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता डेंटु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0319/2306

APPLICATION DATE: 05-01-2019
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
जीवित का नाम : AJIT SARDARAGE-YEARS: 86 साल-वर्ष
SEX: MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जीवित का नाम : RANCHHORAN SARDARPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय स्थान
BAYARKING, TALUK, SOUTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL 743376

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अव्याप्त अवासीय स्थान

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय : UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME: युक्त वार्षिक व्याप : NIL

PAN No. जीवन का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
जीवन का प्रमाण का यह है (जो यहाँ हो उस पर जीवन का विश्वास लगावें।)

MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (विवेचित)

(Attach Proof of Income)
(अपने का प्रमाण लाएं)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant जीवित के साथ सम्बन्ध
1.	AJIT SARDAR	86	M	SELF Son
2.	BIRBHU SARDAR	42	M	

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

SRL No. क्रम संख्या	BPL Card (Attach Card Copy) जीवन की वार्षिक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाव भी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जीवन की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाव भी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपचारक कार्ड (प्रमाण पत्र की जाव भी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof जीवन की जाव
1.				

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विवरित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मरम्मती/वैदिक से लाई जीवी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CAT ABSTRACT - LE.
2.	SURGERY - LE (SICCS 1105)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु किंतु अन्य सहायता विवरी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कहा:

- 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 संकेत करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गए सभी विवरण ऐसे बनाए रखे जाना चाहे एवं चाही है। यदि कोई विवरण ऐसे बनाए रखना चाहे या नहीं है।
- 2) मैं इस दस्तावेज़ में "कोशिका चालान्डेशन", में लिखे गए बाबू के नाम और उसकी जीवनी की जूही के लिए विवर दिया हूँ, क्योंकि उसके बारे में यह जानकारी, जो इस दस्तावेज़ में दिया गया है।
- 3) मैं पुराने हुए दस्तावेज़ से यह जानकारी नहीं है, ताकि यह कोशिका चालान्डेशन के दस्तावेज़ में दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पिकेंट द्वारा कहा)

- 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/pull-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 fulfilment 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 फॉर्म पर मैंने अपना नाम और जीवनी की जूही के दस्तावेज़ में "कोशिका चालान्डेशन" की अधिकृत करता हूँ कि यह यहाँ दिया गया, जो आपको इस फॉर्म में दिया गया है, यह "कोशिका" एवं नाम, एवं बचपन से उत्तर तक इस फॉर्म में दियी गयी विवरों की अनुसार उपलब्ध करते हैं। यह इस फॉर्म में दिया गया विवरण में इसका एवं यह यहाँ दिया गया बाबू के नाम की अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पिकेंट) इस दस्तावेज़ पर मैंने अपना नाम, एवं जीवनी के दस्तावेज़ से उत्तर तक दिया हूँ कि यह यहाँ दिया गया बाबू की जीवनी के "कोशिका" एवं नाम विवरों का विवरण दिया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पिकेंट द्वारा दिया गया विवर

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल द्वारा कहा)

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.

मैं अधिकृत, अपनाएं की ओर मैं अपनाएं की "कोशिका चालान्डेशन" से दिया गया हुआ विवरण की जाती हूँ, जिसे मैं (हास्पिटल) दिया गया है यह यहाँ दिया गया है।

- 1) यह दस्तावेज़ में दिया गया विवरण यह विवरण है कि अपनाएं अपनाएं के दस्तावेज़ के दस्तावेज़ में दिये गए हैं। यह "कोशिका चालान्डेशन" से दिया गया विवरण है कि यह "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा दिया गया है। यह दस्तावेज़ दिया गया विवरण अपनाएं द्वारा दिया गया है। यह दस्तावेज़ के दस्तावेज़ में दिया गया है। यह दस्तावेज़ के दस्तावेज़ में दिया गया है। यह दस्तावेज़ के दस्तावेज़ में दिया गया है।

2. "कोशिका चालान्डेशन" से लिया गया विवरण यह है कि यह दस्तावेज़ द्वारा दिया गया है। यह दस्तावेज़ द्वारा दिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्थानी**

Date of Surgery बीमारी की तारीख 05-01-2019	 Dr. Shanker Naik MS, DNB, MCh (OPHTH) No. 6656 Shankar Naik Eye Hospital & Research Centre गोवा, भारत	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) गोवा, भारत इस दस्तावेज़ की अधिकृती की जाती है।
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकानार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकानार 2
---	---