

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/11119/2053 APPLICATION DATE: 9/11/2019

NAME of APPLICANT: KRISHNAPADA SARKAR AGE-YEARS: 78 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHABANATH SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: इलाहाबाद

JINDA ROAD, DHALTIA, GASHIYAT,
NORTH 24 PARAGANAS 743112, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: इलाहाबाद

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 X 12 = 15,600/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1.	KRISHNAPADA SARKAR	78	M	SELF
2.	PRESENTLY SARKAR	46	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
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 किती अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਮੇਤ ਦਾ ਅੰਕ**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य न बन या सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ रूप से सहायता प्राप्त "उद्देशिका/उद्देश्य" को ही ही जा रही हूँ, उसका उपयोग किसी और उद्देश्य के लिए नहीं किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने आमतौर पर या भविष्य में नहीं, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही लियेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (40546 00 000)

- 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इशारा या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने प्रसंग को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, चित्र, साप्ताहिक पत्रों, दूरदर्शन से प्रसारित, प्रसारणों और प्रसारणों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे इशारा के फल में यह है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि साप्ताहिक के प्रसारणों से प्रसारित है मुझे नहीं: साप्ताहिक का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपने एक पक्ष इलाखार या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (I/we/they) hereby affirm & accept following:

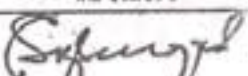
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हवाई अड्डा: हवाईपथी को अंदर से घेरावले/पेरी को "कॉन्ट्रोल ज़ोन" को निर्दिष्ट चतुर्भुज सेट्टु विमानपथ को चाली है, जिसे हम (हवाईपथ) विमान उड़ान से भय व डरीकल करती है।

- 1) यह कि न तो सर्वान्न और न ही भक्षिय में विशेष साधना किसी नैर साधक की संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंटी-धामने में होने या तो रहे है, जैसे कि हमने "संक्षिप्त पाठ-देता" से निपटारा किया है उक्त के सम्बन्ध में "संक्षिप्त पाठ-देता" द्वारा कथन है कि है। यह "संक्षिप्त पाठ-देता" द्वारा साधना विधि अतिशय साधना हेतु समुचित नहीं किया जाते है तो सम्भवतः किसी अन्य नैर साधक की संस्था या किसी अन्य साधना से साधना होने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त श्रद्धा भरा उक्त ऐंटी-धामने हेतु किसी नैर साधक की संस्था या किसी अन्य साधना से नहीं होना चाहिए।
- 2) "संक्षिप्त पाठ-देता" से ही नई साधना संगठन निर्माण प्रचालित की है। ऐंटी या इच्छासाधना द्वारा ही नई साधना या विधि नई साधना/प्रक्रिया का प्रचार होने एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "संक्षिप्त पाठ-देता" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिये सम्भवतः न ऐंटी के साधन प्रचार और नही जाने की सारी विनियमों ऐंटी एवं इच्छासाधना की होगी और "संक्षिप्त पाठ-देता" की कोई प्रवृत्ति या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2019	Dr. Harinder Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजि. नं. के साथ स्टैम्प	Sh. Chander Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी के लिए
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानकीकृत उपयोग के लिए		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 