

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/01/20/2956  
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 11/1/2020  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SWAPNA SARKAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JIBAN SARKAR  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

MAHASATI NAGAR, PANDHAT, AGARTALA,  
NORTH 24 PARAGANAS 700109, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

RS 2000 x 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | SWAPNA SARKAR                                     | 57                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | JIBAN SARKAR                                      | 61                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3.                     | LOTTA PRADHAN                                     | 32                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS — CATARACT — RE                                                                      |
| 2.                     | SURGERY — RE (SIJS + ZOL)                                                                      |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>और गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: अर्जितकृत प्रमाण पत्र

- 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 अर्ज़ में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रार्थना में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का स्वतंत्रता या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धेनक/बोर्डर कम्यूनिटी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (附於申請書內)

- 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/put 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 का जवाब इच्छा का अंगरेजी को बना लखकर, मैं (अर्शेदक) जवाबी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एल्यू न्यायो, राज, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निष्पत्ति मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से इस्तेमाल है जुड़ी सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एल्यू इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आमोदक के दस्तावेज का अंगरेजी का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (WHICHWEZ THE BEST)

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:

- 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.

हमारे अधिष्ठाता, बरतारु की ओर से प्रकाशित होने वाले "बोलियाँ" कार्यक्रमों से विविध महापुरुषों की शिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उठा लेनी/पावने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फायरिंग्स" में विधायक/विधायिका उठा ले संस्था में "कोशिका फायरिंग्स" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायरिंग्स" द्वारा सहायता विधायक अधिक/कमल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो संसद/संसद किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संसद/संसद द्वारा उठा लेनी/पावने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फायरिंग्स" से तो यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। लेनी या पावने/उठा लेनी या बिना लेने उठा/पावने/उठा लेनी या बिना लेनी एवं उठा/पावने के बीच का विषय है और "कोशिका फायरिंग्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए संसद/संसद में लेनी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेनी एवं उठा/पावने की लेनी और "कोशिका" को कोई भुवि/भुवि या जिम्मेदारी इस पावने में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संन्यति

|                                                   |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अस्तिमान की तारीख<br>11/1/2020 | Dr. Piyusha Ghattarjee<br>MBBS, DNB<br>Reg. No. 20105<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व रजि. नं. | Dr. Sagar Dasgupta<br>MBBS, DNB<br>Reg. No. 20105<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी इन्द्रधर 1                                         | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी इन्द्रधर 2                                          |
|  |  |