

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवापाल)	 Building block of life. 	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	U/0425/0175	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 29/04/2015		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : BHARATI SARKAR	AGE-YEARS : 63	SEX : लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम : PRASANTA SARKAR	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : KORAKATI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS 743446, WEST BENGAL			
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : — AS ABOVE —			
OCCUPATION : अवसाय : HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 3500 x 12 = 12,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्पार्ट नंबर : संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अपने कर दाता है (जो यद्य ही उम्र पर सही का निशान लाएँ) : Yes / No इ / 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 सम्बन्ध
1. BHARATI SARKAR		63	F	SELF
2. RAMKRISHNA SARKAR		72	M	SON
3. SRI KRISHNA SARKAR		40	M	SON
4. BITHIKA SARDAR		27	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के लोचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञान प्राप्ति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञान प्राप्ति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को ज्ञान प्राप्ति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु फिल्डे गये विवरों का उपरोक्त:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
②	SURGERY FOR RE (LASIK + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उपरोक्त के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा कीलन पर:

- 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.
- 4) मैं पोषण करता हूं कि इस प्राप्ति में विवर यह सभी किया जानकारी के अनुसार साधा गया रहा रही है। यदि कोई विवर यह अपने अवधारणा जाता है तो मैंने उसका विवर को जा रखती हूं।
- 5) मैं द्वारा सहायता गाँव "कोशिका फाउंडेशन", से की गयी है, उसका उपयोग उसे उद्देश्य की तृतीय के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भी नहीं है।
- 6) मैं पुरी जाता हूं कि विवर सहायता हेतु यह उपयोग की गयी है, उस गति की अवधारणा का सहायता किया अन्य गाँवोंमेंबीच अपनी से न हो जाये है और न ही भविष्य में भी।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 3) इस उपर पर अपने हस्ताक्षर को अंगठे की ओर साथकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी छड़काता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उपर्युक्त नामों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने यह, कोटी और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, इन, बच्चाओं द्वारा उपर उद्देश्य में तुरी निर्दिष्टियाँ और उपलब्धियाँ के लिए किसी पी प्राप्त सहायता में प्रयोगित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण जो इसका है पहले या बाद न जानने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 4) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमत हूं कि मैंने नाम, पता, जीवंती और विवरण जो विवर सहायता के उद्देश्यों में प्रयोगित है मुझे लक्षण; सहायता का उद्देश्य नहीं जानता; इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्युक्त नामोंका विवरण अधिकृत और वापसी कराए जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

हस्ताक्षर को हस्ताक्षर पर अंगठे का विवरण

उमरी अवधारणा

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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.

मान्यता अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" ने विवर सहायता हेतु सिलारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार में मान्य व जीवंत करते हैं।

1) यह कि न तो वार्षिक और न ही भविष्य में विविध योग्यता किसी ने साकारी सम्बन्ध पर जिसे अन्य रूपों से भी होने का ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिलारिश/विविध उपर को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरी मानिकरणकर्ता हेतु मन्त्री नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी सम्बन्ध पर जिसे अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकारा नुस्खित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट जाता है कि अस्पताल द्वितीय घटक उपर उपर रोगी/रोगी को हेतु किसी अन्य सम्बन्ध पर जिसे अन्य सम्बन्ध में भी होता होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता के बजाय विविध उपकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई स्थान या विवर यहे उपचार/प्रक्रिया का ज्ञान देने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवहार नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इसका सूचा और अन्य जाने की यारी विवरोंमें रोगी के इसका सूचा और "कोशिका" को कोई पूर्णता का विवरण इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shobha

साकारी के लिए संस्थान

Optom Avhijit Das

Senior Program Officer

Sankara Jyoti Eye Institute

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
op-behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Director
M.B.B.S, M.S (Gold Medalist)
Reg. No. 21023 WBMC
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोड नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2