

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No.: K/0524/0166 APPLICATION DATE: 10/05/24  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ANIL SARKAR AGE-YEARS: 74 SEX: M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIJAY SARKAR  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO 146, BARRACKPOUR, NORTH 24  
वर्तमान निवासी पता

FARGANAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE  
स्थायी निवासी पता



OCCUPATION: TEA SELLER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 1500 X 12 = 18,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सही हो उस पर खींचें या निरूपण न करें) 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 सम्बन्ध
1.	ANIL SARKAR	74	M	SELF
2.	BIJAY SARKAR	67	F	WIFE
3.	TARUN SARKAR	41	M	SON
4.	LIYA BHOWMICK	38	F	DAUGHTER

**BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भविष्यी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु दिने गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य 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 AWAILED ती गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण सत्य सहाय प्राप्त करने के मेरी मांगना निरास हो या रद्द हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी मदद मिले, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके लिये भविष्य में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही किसी भी स्रोत से लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे यह प्रयोग, प्रकाश, प्रसारण और अन्य माध्यमों से कर सकें। इस प्रयोग के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी तस्वीर और विवरण का प्रयोग करने से पहले या बाद में मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" का उपयोग करने की अनुमति प्रदान करने के लिये अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण का प्रयोग करने से मेरी सहायता के प्राप्ति से मेरी सहायता का प्राप्ति या अभाव की प्रतिक्रिया इस बात से "कोशिका फाउन्डेशन" अपने न्याताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आदेश/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करती हैं।

1) कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में हम स्वीकार कर रहे हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" को हमारे रोगी के उपचार के लिये कोई भी भूमिका नहीं होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के उपचार के लिये अंतिम और पूर्ण जिम्मेदारी होती है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के उपचार के लिये अंतिम और पूर्ण जिम्मेदारी होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अभियोग की तारीख 10/05/24	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR...
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2 
--	--