

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: NNN/1217/0229 APPLICATION DATE: 3/12/2017
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SABITA SARKAR. AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 55 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LFT- SUBHAS SARKAR (HUSBAND)
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कौमन आवासीय पता
VILL- BAKHETI, P.O- PANDEPUR, P.S- KOTOWALI

DIST- PASCHIM MEDINIPUR,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Do.



OCCUPATION: HOUSEWIFE.
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/- (Yearly) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल करते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
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.	LFT- SUBHAS SARKAR	65.	M	(HUSBAND)
2.	HARAPRASAD SARKAR	40	M	SON.
3.	SABITRI SARKAR	31	F	DAUGHTER IN-LAW
4.	JAMUNA SARKAR	18.	F	GRAND-DAUGHTER

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RE - LB - MLC.
2.	SURGERY - LE - SICS WITH PC IOL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	V. M. A. N. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 प्रारूप में रिप्रेजेंट गेप कृपया विभाग में ही जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मन अलग पाया जाता है तो मेरी साक्ष्य प्रमाण को वा सवाले है।
- 2) मेरी द्वारा जो साक्ष्य प्रमाण "कॉन्फिडेंसियल" हो रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गत है।
- 3) मैं गृहित करता हूँ कि जिस साक्ष्य प्रमाण हेतु यह प्रमाण को यह है, उस राशि का अधिकतम वा सवाले किसी अन्य दस्तावेज/प्रमाण/प्रमाण के माध्यम से वा सवाले है और वा सवाले में सही।

AGREEMENT by APPLICANT (অনেক প্রা. নমু)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पंक्ति है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायक दूसरे उद्देश्य या कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के खाले या खर से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हक्करा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेदक के हलाकत या अंगुली का निशान

bi g ~~Sudha~~ Sarkar

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

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) In 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 जगद्विद्वत्, हस्तशस्त्री की ओर से मालवे/पेनी को “कोशिका फाउन्डेशन” से मिलित सहायता हेतु निवेदनित की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध साक्ष्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उद्धृत होएँ/प्राप्त में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विभागीय/विशेष उच्च के साक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य विनियम अंतर्गत/प्रदान हेतु मन्दिर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संसाधन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उच्च होएँ/प्राप्त में हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलात द्वारा तो यह साक्ष्य या किये गये उच्चा/प्रक्रिया का मुख्य होएँ एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हमलात में ऐसी के इलाज मुख्य और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलात को होएँ और "कोशिका" को कोई भुक्तिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
जर्जरण की तारीख

1.57

08/12/17

DR. B.

MEDICAL OFFICER

NETRA NIRAMAY NIKK

(Name of Dr. & Recn. No. w

हाफ्टर का नाम व इस्तामर व रीब न

Regn. No.
2266

5220
105.20

mp)

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

नाम च नर हरपदात्त अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक व्यययोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायै हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर :

2020