

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K10618/0408 APPLICATION DATE: 05.06.18

NAME of APPLICANT: TARAPADA SARDAR AGE-YEARS: 43 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TIKU SARDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती अवासीकरण
TCHHAPUR, NORTH 24 PARGANAS, 743426,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीकरण
AS ABOVE



OCCUPATION: CONTRACT LABOURER MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2000/- (24,000/-) (Attach Proof of Income)
(जल्दी कर सकने का सामग्री)

PAN No.: नाम संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
(जो जन्म हो उमा पर मही का विशेष लाभ है)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्पेलेट के साथ सम्बन्ध
1.	TARAPADA SARDAR	43	M	SELF
2.	SUBHALA SARDAR	43	F	WIFE
3.	SHEFRIKA SARDAR	15	F	DAUGHTER
4.	SHAFRAZ SARDAR	12	F	DAUGHTER
5.	NITYANANDA SARDAR	9	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवरी आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भी रेत के नीचे दृश्य पत्र (प्रमाण पत्र की जाय भी संतुष्ट हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म अव नीचे दृश्य पत्र (प्रमाण पत्र की जाय भी संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय भी संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof जन्म की जाय
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गए विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन गूची संतुष्ट
1.	DIAGNOSIS - CATHRACT - RF
2.	SURGERY - RF (SICS + IOC)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करा:

- 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 प्रकाश करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये मर्दी विवरण में सहायता के बहुतायत सब एवं मही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन आगे आया तो यह है कि मेरी सहायता निम्न वीच की जा सकती है।
- 2) मैं इस जी सहायता ग्रही "कोशिका चाहारोंग", में जी का दी है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये विवरण आये, जो इस प्रकाश में जारा गया है।
- 3) मैं युक्त करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गरीब का अधिकार यह सहायता विवरण में न ले लिया है और न दी गयी ग्राहक में सूची।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करा)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर जारी उपलब्धता या अन्यतों की जाप लकड़ा, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहायता की युक्ति करता हूँ कि "कोशिका चाहारोंग और उसके जारीहोने" को अधिकृत करता हूँ कि मैं काम, पत्र, खोटे और जी विवरण इस प्रकाश में दीखता है, उसमें "कोशिका" द्वारा, जारी, दान, वयवस्था तुम्हे उत्तरायण से बुझी गयीरिक्षितों और उपलब्धिकर्ता के लिये विवरण भी इस प्रकाश में दीखता है। ये उपर्योग का विवरण में इसका एवं वह जारी होने के बाद में जारी होने के लिये "कोशिका चाहारोंग" वा जारी होना।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस काम से सहायता हूँ कि मैं जाप, पत्र, खोटे और विवरण जी की सहायता का उत्तरायण से जारीहोने हैं युक्ति सहा: सहायता का उपलब्धता जारी बनाता। इस अन्यतों में "कोशिका" द्वारा, उसके जारीहोने का विवरण अधिकार और वापसीकरण होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट द्वारा जारीहोने का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा करा)

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:

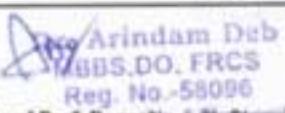
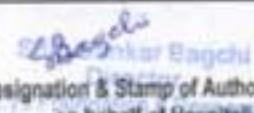
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is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

इनका अधिकृत, उपलब्धता की जाप से सहायता/जारीहोने को "कोशिका चाहारोंग" से विवरण सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) विवरण करने के सहीका करते हैं।

- 1) यह कि 1 लोगोंका और 1 दी अधिकार में विवरण सहायता विवरण और सहायता जारीहोने या विवरण अन्य संस्थान से उसका उपलब्धिकर्ता में सौंपे जा सकते हैं, ऐसे कि हमने "कोशिका चाहारोंग" से विवरण/विवरणी उपर्योग की अन्य सहायता/जारीहोने को "कोशिका चाहारोंग" द्वारा यारह हेतु किया है। यदि "कोशिका चाहारोंग" द्वारा सहायता विवरण अधिकृतकर्ता हेतु नहीं जारी किया जाता है तो अन्यता विवरण अन्य ग्राहक उपलब्धिकर्ता से जारीहोने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस युक्ति में अन्यता विवरण अन्य उपलब्धिकर्ता हेतु विवरण और सहायता/जारीहोने की संभवता सही अन्य सहायता से नहीं संभवता है।
2. "कोशिका चाहारोंग" से जी गई सहायता अंतिम विवरण युक्ति की है। ऐसी जाप इनकाल द्वारा एवं गरीब सहायता/जारीहोने का युक्ति एवं एवं इनकाल में शीघ्र जाप विवरण है और "कोशिका चाहारोंग" द्वारा विवरण इनकाल का जीर्ण जाप नहीं है। प्रतिनिधि इनकाल में जीर्ण के इनकाल सुनाया जाता है जो जाप की विवरणी एवं एवं इनकाल की जीर्ण और "कोशिका" की युक्ति युक्ति का विवरणी इस सहायता में जीर्ण होती है।

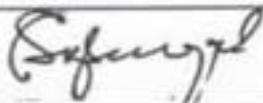
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संचालकी के लिये संस्थानी

Date of Surgery अंतिम जाप की तारीख 05.06.18	 Arindam Deb BBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) रामगढ़ का नाम व हस्पातल का नाम, न.	 Bhupinder Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital/ Centre) नाम व पर इनकाल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पातल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पातल 2

