

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K10818/0966 APPLICATION DATE : 08.08.18  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MINATI SARDAR AGE-YEARS 48 SEX F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAMEN SARDAR  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : FULMAZANCHA, SOUTH 24 PARGANAS, 749329, WEST BENGAL  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : LABOURER  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :  
सर्वोच्च खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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.	MINATI SARDAR	48	F	SELF
2.	RAMEN SARDAR	56	M	HUSBAND
3.	MADHAB SARDAR	25	M	SON
4.	JADAVA SARDAR	22	M	SON
5.	MITHIKA SARDAR	19	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विली अथवा

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIC) + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: अर्सेक द्वा प्रयोग 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 being requested.
- 1) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद माँग रहा हूँ, जो मेरी सहायता के लिए ही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपाय की माँग नहीं कर रहा हूँ, जो मेरी या मेरी अर्सेक या मेरी अन्य सहायता प्रदाता कम्पनी से या से किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वा करत)**

- 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 donation to 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 द्वा करत मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान दे रहा हूँ, जो कि मैं (अर्सेक) को यहाँ बताना है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उपाय के लिए हैं, जो कि "कोशिका" द्वारा माँगा गया है, इन माध्यमों द्वारा उद्देश्य से पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वा करत का विवरण मेरे उपकरण के पता के बिना या बिना मेरे बिना "कोशिका फाउंडेशन" से माँगा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपाय के माध्यमों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करत)**

- 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.
- हहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हम (हस्पताल) से माँगा गया है, जो कि हम (हस्पताल) से माँगा गया है, जो कि हम (हस्पताल) से माँगा गया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वा करत की गई सहायता का निर्णय रोगी और हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वा करत किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में उपाय के इस्तेमाल का और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery अर्सेक की तारीख 08.08.18	<p>Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>Sankar Bagchi Director Central Eye Foundation &amp; Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>	

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्सेक द्वा करत हेतु**

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2