

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/1018/1358		APPLICATION DATE : 05/10/18			
NAME of APPLICANT : JAOBBCHANDRA SARKAR		AGE-YEARS : 78	SEX : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE SHAYAMACHARAN SARKAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ATGHARA, NORTH 24 PARGANAS, #43425, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अपने संबंध	
1.	JAOBBCHANDRA SARKAR	78	M	SELF	
2.	ARCHANA SARKAR	70	F	WIFE	
3.	ARABINDU SARKAR	69	M	SON	
4.	PRABIR SARKAR	67	M	SON	
5.	SIPRA SARKAR	64	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) आय आप वर्ग प्रमाण पत्र (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 अपवाद/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS PLOL)				
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 सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: जावेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से जोता जा रहा हूँ, उसका उपयोग उल्लेख की गई उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में पराग पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं इस सहायता के लिए यात्रा प्रार्थना को नहीं करूँगा, उस परीक्षा या अतिरिक्त यात्रा सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्धन/कर्मचारी/बिमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (אשרור על ידי מועמד)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासीयों, छाप, पाक/रूप दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण जो इत्यादि पर करने या कर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आधेराक के इस्ताधर का अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, इच्छाशी की ओर से व्यवहार करने की "कोशिका काउन्टेडन" से विविध साहाय्य हेतु विचारों की जाती है, जिसे हम (इच्छाशत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवर्धन और न ही परिवर्धन में विधिविपक्षता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संघों से उच्च रेटेरी/पायल्ट में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाइनेंस" से सिपारिटी/विपक्षित उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाइनेंस" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइनेंस" द्वारा साक्षात् विदित अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो असम्भल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संवर्धन से साक्षात् लेने का अधिकार सुविधित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भल द्वितीय मरद उच्च रेटेरी/पायल्ट हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाइनेंस" से ही नई सहायता केवल विधिवि प्रकृति को है। ऐसी पर इसकात द्वारा ही नई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरा रेटेरी एवं इसकात के बीच का विषय है और "कोशिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीतये इसकात में ऐसी के इलाज मूलतः और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसकात को होनी और "कोशिका" की कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोतन को करेख 05/10/18	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गन्धर्वक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	