

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1118/1620
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 16/11/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SARBAN SARDAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DUKHIRAM
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सदैमक अवसारीय पता
PART NO-191, BATHPOKUR NORTH-24
PERGANNA WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवसारीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थाई छाप संख्या

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

Yes / No
हां / 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.	SARBAN SARDAR	63	M	SELF
2.	CHANDRANI SARDAR	56	F	WIFE
3.	SUBRITA SARDAR	34	M	SON
4.	MAHARANI SARDAR	31	F	DAUGHTER
5.	MANATA SARDAR			

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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICSPICL)

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 लगे गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 यही प्रमाण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन अथवा दावा गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता पाऊँ "कौशिका फाउन्डेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यही प्रमाण करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पात्र को आवधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/निर्धनकारी/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदारी करार)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अगरे सत्यतः की सुति कया हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत कया हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समु न्यासी, दान, वाचनाया दूसरे उद्देश्य से मुझे सतिविधियों और उपसतिविधियों को सिरे किये की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को सिरे अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के पहले या बाद में करने को सिरे "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कर नहीं कया। इस सम्बंध में "कोशिका" समु उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके जो हस्तक्षेप या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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.

हमारे अतिथिगृह, इन्स्टीट्यूट की ओर से वास्तुसंगी की "भारतिका पराबन्धन" से विविध सहायक हेतु गिफार्स की ज्यो है, जिसे हम (हाम्मलत) निम्न प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिन और न ही अधिका में किसी सहायक किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंग्लिशमें से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से लिपिकार/निर्देशक उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिधि आधिकारिकता हेतु मन्त्र नहीं किता जता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायक लेने का अधिकार सुनिश्चित राखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शीघ्र मरद उक्त ऐंग्लिशमें हेतु किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायक केवल विधायक प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा ही यह सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंग्लिश एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐंग्लिश के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सारी विधियों/ऐंग्लिश एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी अधिकार या विधियों/ऐंग्लिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/11/18	Dr. Ajay Agrawal MS, PhD(Eye) F.F.S.NEC Reg. No. 3413 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इम्तदाद नं. सह छाप	Shishu Shankar Bagchi Director Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्तदाद अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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