

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No.: K/0110/2544			APPLICATION DATE: 16.01.2019			 			
NAME of APPLICANT: SHAMBHU SARDAR			AGE-YEARS: 54		SEX: M				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AMIL SARDAR									
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PAKPARA, LENTIA SARDAR, NORTH DUMDUM, NORTH 24 PARAGANAS 700049, WEST BENGAL									
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE									
OCCUPATION: RICKSHAW PULLER				MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 X 12 = 21,600/-				(Attach Proof of Income)					
PAN No. & ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): </td> <td style="width: 50%;"> Yes / No हाँ / नहीं </td> </tr> </table>								PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No हाँ / नहीं
PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No हाँ / नहीं								
FAMILY DETAILS परिवार विवरण									
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant					
1.	SHAMBHU SARDAR	54	M	SELF					
2.	MITHU SARDAR	48	F	WIFE					
3.	SHATKAR SARDAR	21	M	SON					
4.	PIYUKE SARDAR	19	F	DAUGHTER					
5.	SARAJITA SARDAR	14	F	DAUGHTER					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)									
BPL Card		EWS Certificate		Ration Card		Any Other			
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy)		(Attach Copy)		Basis/Proof			
यदि कोई रेशन कार्ड, टी-वे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)		उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)		अन्य कोई प्रमाण			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:									
सहायता हेतु किसे किसे निम्नी का उद्देश्य:									
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached								
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE								
2.	SURGERY - LE (SICS - 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.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					
1.	अन्य स्रोत का नाम			ली गई सहायता राशि					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस राशि का अधिक या समतल विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 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 तरह या अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह में प्रयोग करें, जो "कोशिका" दवा, यंत्र, उपकरण, दवा, उपकरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दवा, यंत्र, उपकरण और अन्य उपकरणों को प्रयोग में लाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)**

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:

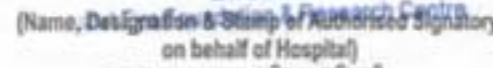
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/लेखी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/अंशगत रूप से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये गए उपाय के सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत/प्रदान हेतु यन्त्र, यंत्र, उपकरण या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उपाय के पूरा/अंशगत हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले पाएंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है। लेने पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किने गये उपकरण/उपाय का प्रयोग लेने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ लेने एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सही/सही के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16.01.2019	Dr. Hari Shanker MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Reg. No. & Stamp) 	 Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

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