

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0219/3283		APPLICATION DATE : 13/12/19		
NAME of APPLICANT : BHADAN SARKAR		AGE-YEARS : 47	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARIDAS SARKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PURBASTHALI, BARDHAMAN, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 20000 x 12 = 240000		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
☐ Yes / हाँ ☒ No / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	BHADAN SARKAR	47	M	SELF
2.	DEPALI SARKAR	40	F	WIFE
3.	RIVA SARKAR	18	F	DAUGHTER
4.	RIMA SARKAR	14	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE / SICS + 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.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰੋ:**

- 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 प्रश्न से निपटे 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कौशलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के निम्न किण्व कार्यक्रम, जो इस प्रश्न में परा गण है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा गया है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सहोपनिवेश/वीथी कार्यक्रमों से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबुल)

- 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 इलाख या अंशों को खण्डित कर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, दान, चक्रवर्तन दानों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार लाभान्वित से प्रमोदित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस का विवरण मेरे इलाख के पक्षों या कार में करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सक्षम: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेक के इलाका यो अंगुठो का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

इससे अधिकतर इलाक़ों की ओर से प्रदर्शनार्थी को "कॉमिका क्राइमिनल" से मिलित साक्षात् हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे इन (कमजोर) दिमाग़दार से राज्य व प्रशासन करते हैं।

- 1) यह कि न तो जीवन और न ही पश्चिम में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त टेंगे/पामले में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निष्पक्ष/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरति अतिरिक्त/अवगत हेतु मन्त्रु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय परर उक्त टेंगे/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता कंपन विविध प्रकृति की है। टेंगे या इन्वन्तल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क टेंगे एवं इन्वन्तल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रत्यक्ष का कोई रवाना नहीं है। इसीसे इन्वन्तल में टेंगे के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टेंगे एवं इन्वन्तल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वयंभूती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>(Signature)</i> Dr. Arindam Deb FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) रिजिस्टर्ड डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद में स्थिति	<i>(Signature)</i> Shibankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व पर हमराहत अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इत्यादि ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इत्यादि 2
	