

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0919/1473		APPLICATION DATE: 04/09/19	
NAME of APPLICANT: SUNIL KUMAR SARATHI		AGE-YEARS 63	SEX M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GASTHABIHARI SARATHI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: WASIMAT, MUNSEEPARA, NORTH 24 PARGANAS 743411, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			

OCCUPATION: UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. SWAYI	
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)	

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 संबंध
1.	SUNIL KUMAR SARATHI	63	M	SELF
2.	SARITA SARATHI	63	F	WIFE
3.	SOMDEB SARATHI	30	M	SON
4.	SURAJANA BHATACHARYA	31	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RG
2.	SURGERY - RE (CICST 10)

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातव्य है कि मैंने निम्नलिखित जानकारी सच और पूर्ण रूप से दी है।

- DECLARATION by APPLICANT: **अवेक** **कांग्रेस** **कांग्रेस**
- 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 बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता प्राप्त करने के लिए सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग करने हेतु ही यदि मैं लिखे बिना उपयोग, के इस आवेदन में प्राप्त करूँ।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना सहायता हेतु यह आवेदन नहीं है, इस एप्लिकेशन का उपयोग या सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दान करण)

- 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार से संबंधित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, पाठन या दूसरे उद्देश्य के ज़रूरी गतिविधियों और प्रसारणों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकार का विवरण यदि इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आरोहक के इन्द्राधर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (कमलेश्वर एम्बुलेंस केंद्र)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (donor(s)) 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.

इसके अतिरिक्त, हत्याकाण्ड की ओर से मामले/दोषी को "कोईसाका लान्सेशन" से विधिप बाधनावा हेतु निर्धारित भी जाती है, जिसे हथ (हमपातल) दिना प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिक में विविध साक्ष्य किसी गैर साक्ष्यी संमेलन या किसी अन्य स्रोत से उभर रोटी/पावले में होने का से खंड है, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालयिक वक्त के समय में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधि अधिकारवाक्य हो मयूर नहीं किफ कहा है तो अमराल किसी अन्य गैर साक्ष्यी संमेलन या किसी अन्य समर्थन से साक्ष्य होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अमराल द्वितीय परर उभर रोटी/पावले होतु किसी गैर साक्ष्यी संमेलन या किसी अन्य स्रोत से नहीं सोप/रोटी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ही यह साक्ष्य संमेलन विविध प्रवृत्ति को है। रोटी पर हमसात द्वारा ही यह साक्ष्य या किने गये उपकरण/क्रिया का पुनर रोटी एवं हमसात को बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हमसात में रोटी को इतना सुझा और मारे जाने को सारी विम्वेदो रोटी एवं हमसात को रोटी और "कॉलिका" को कोई सुझा या विम्वेदो इन पापले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/5/19	Dr. J. K. Singh MBBS, D.O., DNB Reg. No. - 23456  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजकारण व रजि. नं.	Dr. Sankar Bagchi Director  Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाहाबाद 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाहाबाद 2
	