

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0010/1995  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 5/9/19  
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: ASHTA SARDAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 54  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RATAN SARDAR  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

ANDHARMANIK KAYAL, HASTA AND PASENJA HATRA,  
SOUTH 24 PARAGANAS 743503, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOUSEWIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 x 12 = 24000  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. संचय खाता संख्या

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

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | ASHTA SARDAR                                      | 54                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | RATAN SARDAR                                      | 61                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3.                     | MAMATA SARDAR                                     | 30                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 4.                     | KANAK SARDAR                                      | 32                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | GOVESH SARDAR                                     | 23                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनियम आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उत्पादक कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 लिये गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा छै:

- 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 पुष्टि करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि सहायता, यदि प्राप्त होगी, केवल उसी "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता और न ही क्षतिपूर्ति नहीं माँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दान 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब हमेशा हाँ और नहीं का प्रश्न सफाई, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासी, दान, चिकित्सा दवाएँ, उपचारों से जुड़ी सल्लेखियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके न्यासी का निर्णय सही और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
 आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं अंगुठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (एम्पलीडु मेक)

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.

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Shri: Sanhar Raychi

Digital Eye Foundation &amp; Research Centre

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Arunava Bandyopadhyay  
MSc, MS

MS/MS

Reg. No. - 59300

S. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) ....

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम य पर इसमदल अधिभुत अधिभुत

5/9/19

डाक्टर या नाम से हस्ताक्षर न करें

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायै इत्युक्तम् ।

न्यायौ इत्युत्तरम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 स्वाक्षरी इस्तेमाल 2

म्याले इस्लाम २

Erbenzyl

Rich