

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K10010/1530 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/9/19 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम ASHTAMI SARKAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69		SEX लिंग F	
FA./H/R/S/POUSE'S NAME: GAUR SARKAR पति/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता TANTRA, BHABLA, BASZAHATI, NORTH 24. DARGANAS TAZARE, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200 कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्वामी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं।) Yes / No हाँ / 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 सम्बंध	
1.	ASHTAMI SARKAR	69	F	SELF	
2.	GOUR SARKAR	76	M	HUSBAND	
3.	PRIYANKA SARKAR	43	M	SON	
4.	PRASANTO SARKAR	45	M	SON	
5.	CHANDRA MONDAL	42	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये दिनांक 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य;					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SIOS + 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: স্বাধীনতা চ্যুত অধিদপ্তর দ্বারা:

- 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 आशय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने इससे प्राप्त राशि "कॉलिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त की है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आशय में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं है, इस राशि का व्ययिक या सहायता किस्म किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or spouse)

- 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/republish 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग के लिए प्रसारित करने के लिए प्रसारण करने का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित होने वाले निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

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

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL को बताना)

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.

1) यह कि न तो संयोजन और न ही अधिकारों के विहित सहायता किसी भी सरकारों संयोजन या किसी अन्य संयोजन से प्रभावित होनी चाहती है, जैसे कि हमने "कॉन्सिडरेशन ऑन सहायता" के विहित/विहित संयोजन के संयोजन में "कॉन्सिडरेशन ऑन सहायता" द्वारा प्रदर्शित कि है। यदि "कॉन्सिडरेशन ऑन सहायता" द्वारा सहायता विहित अधिकार/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी सरकारों संयोजन या किसी अन्य संयोजन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विहित प्रदर्शित संयोजन हेतु किसी भी सरकारों संयोजन या किसी अन्य संयोजन से नहीं होना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Nalinakshi

No. 789

Susrut Eye Foundation & Research Centre

Shib Sankar Banerji

[!\[\]\(e3275251d0893157c3584e20c81dc3ba_img.jpg\) Facebook](#)
[!\[\]\(9ab0e0ed3a1c2d865b438a931465ce60_img.jpg\) Twitter](#)

Control Eye Foundation & Research Centre

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

मम व १६ इत्यादि अधिकृत अधिकारी

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

दाकड़ का नम्र व हस्तक्षार व एरि न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्तधर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यासी इस्लाम 2

Rich