

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2101 APPLICATION DATE : 12/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PRABHURAM SARKAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 61 SEX लिंग M  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAGEN SARKAR  
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : AMPOL, UTTAR PARA, KAMARCHAK, KULPI SOUTH 24 PARAGANA 743551, W.B. BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / 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 सम्बन्ध
1.	PRABHURAM SARKAR	61	M	SELF
2.	NANDARANI SARKAR	33	F	WIFE
3.	GAUTAMI SARKAR	28	F	SON
4.	GOURANGA SARKAR	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (अथवा पर की जाच डाली संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (अथवा पर की जाच डाली संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अथवा पर की जाच डाली संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SLCS + 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 सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 सत्य अथवा सत्य प्रमाण है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे नहीं जाऊंगा कि मैंने भविष्य में भी, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/छाप करने के लिये उपयोग के लिये प्रेषित किया जा सकता है। इस प्रकरण के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त होगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा उक्त सहायता का निर्णय अंतिम और अविरोध योग्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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.

इससे अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित/पेश की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से लाभ न उभार सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है तो हस्पताल को सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाणित करने के लिये कि हस्पताल द्वारा सिफारिश की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय केवल उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने वाले उपचार और अन्य बातों को सही निर्णय लेने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>12/11/2019</b>	Dr. Arghya Das MBBS, MS R. No. - 69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिभूत अधिकारी
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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