

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2804 APPLICATION DATE : 08/12/19

NAME of APPLICANT : NIKHIL SARKAR AGE-YEARS 72 SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME : ABHIMANYA SARKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RADHARGHAT, GADJATI, MUKSHIDABAD
742187, WEST BANGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 x 12 = 19200/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	NIKHIL SARKAR	72	M	SELF
2.	MITALI SARKAR	67	F	WIFE
3.	BASANTA SARKAR	42	F	DAUGHTER
4.	SANTANA MODAL	40	F	DAUGHTER
5.	RANJANA HALDAR	37	F	DAUGHTER
6.	CHANDANI HAZRA	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करे विवरी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता प्राप्त होगी, केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से निरर्थक उपयोग के लिए ही प्राप्त की जाएगी, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, तथा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लूँगा और न ही बीमा में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (अर्हक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरा विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इससे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए अन्य व्यक्ति और संस्थाओं को प्रेरित करने के लिए सक्षम हो सकेगा। इस प्रकार का विवरण मेरी सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मनाई अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के भरोसेदारों के द्वारा प्रकाशित करने का अधिकार नहीं बरखा इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे प्रस्तावित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रतापूर्वक की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का उद्देश्य है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए सक्षम हो सकेगा। इस प्रकार का विवरण मेरी सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मनाई अधिकृत है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन करने का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए प्रेरित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मनाई अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Shib Sankar Bagchi

Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre

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

हम पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

DR. KUSHIK SANKAR
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
08/12/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोसेदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोसेदार 2