

17650000232723

02/08/2023

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता के लिए आवेदन पत्र

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

www.koshika.org  
contact@koshika.org  
Call : +91-11-41664297

APPLICATION NO. : आवेदन पत्र संख्या

APPLICATION DATE : आवेदन की तिथि

H/0423/006

02/08/2023

PATIENT'S NAME : रोगी का नाम

AGE (YEARS)  
आयु (वर्षों में)SEX  
लिंगWEIGHT (KG)  
भार (कि.ग्रा.)

MASTER ANKIT KAR

5 MONTHS

M

3.76

NAME OF FATHER (or LEGAL GUARDIAN)

पिता (या वैधानिक संरक्षक) का नाम



PATIENT'S  
HERE  
का  
कार्य

MR. ADWAITA KAR

NAME OF MOTHER (or LEGAL GUARDIAN)

माँ (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

MRS. ADITI KAR

(Singer or  
यह साथ

PHONE NO. OF FATHER/  
MOTHER/LEGAL GUARDIAN  
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक  
का फोन नं.E-MAIL OF FATHER/MOTHER/  
LEGAL GUARDIAN  
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक  
का ई-मेल9933482710  
9932898976

-NA-

PAN OF FATHER/  
MOTHER/LEGAL GUARDIAN  
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक  
का पैन नं.AADHAR NO. OF FATHER/  
MOTHER/LEGAL GUARDIAN  
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक  
का आधार नं.

IDENTITY पहचान

PAN Card (tick ✓)  
पैन कार्ड (✓ निशान)Copy Attached  
प्रति संलग्नAadhar Card (tick ✓)  
आधार कार्ड (✓ निशान)Copy Attached  
प्रति संलग्नVoter Card (tick ✓)  
मतदाता पत्र (✓ निशान)Copy Attached  
प्रति संलग्नPatient's Birth  
Certificate (tick ✓)  
रोगी का जन्म प्रमाण  
पत्र (✓ निशान)Copy Attached  
प्रति संलग्नFATHER'S ANNUAL INCOME (Rs)  
पिता की वार्षिक आयFATHER'S OCCUPATION  
पिता का व्यवसायMOTHER'S ANNUAL INCOME (Rs)  
माँ की वार्षिक आयMOTHER'S OCCUPATION  
माँ का व्यवसाय

Rs 1,30,632

LABOR IN SAREE  
PRINTING WORKSHOP

-NA-

HOUSEWIFE

PRESENT ADDRESS अभिभावक का पता

FAMILY DETAILS परिवार का विस्तृत विवरण

VILLAGE - BARUIPUR, PATASHPUR I,  
PO - TOTANALA, PS - PATASHPUR,  
DISTRICT - PURBA MEDINIPUR, PIN -  
721458, NB

The patient lives with his parents and grand-  
parents (both of whom are senior citizen). The  
father of the child is the sole earning  
member of the family, working as a labor  
in a saree printing workshop. The child  
had problems from birth for which they had  
gone to a govt. hospital from where they were  
advised to come to NSTH - Howrah.

PERMANENT ADDRESS स्थायी पता

-Do-

ECONOMIC STATUS आर्थिक स्थिति

Own House (tick ✓)  
अपना घर (✓ निशान)Yes / No  
हाँ/नहींVehicle Owned अपना वाहन  
(specify) (विवरण दें)

-NA-

Total Family Income (Rs)  
परिवार की कुल आय  
(✓ निशान)

Rs 1,30,632

Any loan (specify Amount  
& for what & from whom) कोई लोन (कितना/किस लिए  
और कहाँ से लिया)

-NA-

Proof of Income (tick ✓)  
आय का प्रमाण (✓ निशान)Attached  
संलग्न ✓BPL Card / बी.पी.एल./ई.डब्ल्यू एस  
EWS Certificate (tick ✓) प्रमाण पत्र (✓ निशान)Attached  
संलग्नITR Copy (tick ✓)  
आयकर रिटर्न की प्रति (✓ निशान)Attached  
संलग्न X

Any other (specify) कोई अन्य (विवरण दें)

Ration card with  
priority household.



<b>BRIEF MEDICAL HISTORY &amp; INVESTIGATIONS DONE</b> (Attach copies of investigations reports like X-Ray Echo, TMT etc) रोगी और उसके रोग का संक्षिप्त विवरण (रिपोर्ट, एचो तथा टी एम टी आदि रोग की प्रतिलिपि लगाई) Arshad had large VSD with severe pulmonary artery hypertension. He had severe malnutrition too He underwent surgical VSD closure. Post procedure his recovery was little slow due to malnutrition & low body weight He is being discharged with few medicines to continue Echocardiography shows moderate residual tricuspid regurgitation which should subside with time	<b>DIAGNOSIS</b> रोग LARGE SUBAORTIC VSD AND ASD	<b>RECOMMENDED SURGERY/TREATMENT</b> सुझाया जाने वाला उपचार SURGICAL CLOSURE OF VSD/ASD
	<b>INVESTIGATION REPORTS ATTACHED</b> (This attached) कौन कौन से रिपोर्ट (लिपि लगाई)	<b>ESTIMATED COST OF SURGERY / TREATMENT</b> सुझाया जाने वाला उपचार का अनुमानित खर्च Rs 1, 15, 000/-
	<b>ECHO REPORT</b> DATED - 03/03/2023 26/07/2023 31/07/2023	<b>SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED AT (HOSPITAL)</b> सुझाया जाने वाला उपचार के लिए स्थान NARAYANA SUPER-SPECIALITY HOSPITAL HONRAH <b>SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED BY (DOCTOR)</b> सुझाया जाने वाला उपचार करने वाले डॉक्टर का नाम DR. NIKANJAN DUTTA

**FINANCIAL ASSISTANCE FOR SURGERY / TREATMENT from OTHER SOURCES**

सुझाया जाने वाला उपचार के लिए अन्य स्रोतों से सहायता

Own funds अपना पैसा	- NA -	Employer निर्देशक	- NA -	Insurance बीमा	- NA -
ESI (रोगी का)	- NA -	ECHS (रोगी का)	- NA -	Govt. (specify agency & amount) सरकार (विभाग और राशि बताई)	- NA -

**ASSISTANCE SANCTIONED / AVAILED FROM KOSHKA**

कौशिका परामर्शन से स्वीकृत / प्राप्त सहायता राशि

<b>TOTAL AMOUNT OF ASSISTANCE SANCTIONED BY KOSHKA (RS)</b> कौशिका द्वारा स्वीकृत कुल सहायता राशि (RS)	Rs. 1, 15, 000/-
<b>AMOUNT PAYABLE BY KOSHKA TO (WHICH AGENCY)</b> कौशिका द्वारा कौन किस एजेंसी को देना है	Rs. 1, 15, 000/-

 Please see overleaf for terms & conditions of Koshika's assistance  
 कौशिका द्वारा दी जाने वाली सहायता के नियम और शर्तें सुझाया जाने वाले पत्र पर देखें



**DECLARATION by APPLICANT or PARENT or LEGAL GUARDIAN (on behalf of PATIENT)**

MASTER AKKIT  
K.S.

- 1) I have requested financial assistance from Koshika for treatment/surgery/medical intervention for MASTER AKKIT who is related to me as SON. I further confirm that I am legally authorised to make this declaration & below mentioned 'Agreement' on behalf of the patient (beneficiary of financial assistance by Koshika Foundation)
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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 granted by Koshika.

आवेदक द्वारा या उसकी तरफ से माता-पिता या वैधानिक संरक्षक द्वारा कैसला:

1. मैंने ..... इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के लिए, जो रिजले में मेरा/मेरी..... है, कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता के लिए प्रार्थना की है, मैं इस बात की भी पूरी गृहीत करता/करती हूँ कि मैं रोगी की तरफ से यह घोषणा और नीचे लिखा अनुबंध करने के लिए वैधानिक रूप से प्राधिकृत हूँ।
2. मैं इसके द्वारा यह गृहीत करता/करती हूँ कि इस कार्य का सारा विवरण मेरी पूरी जानकारी के अनुसार सत्य है। कोई भी असत्य कथन मेरे आवेदन पर और दी जा रही सहायता (यदि कोई है) को अव्यक्त/रद्द करा सकती है।
3. मैं सत्यता पूर्वक गृहीत करता हूँ कि, यदि कोशिका फाउंडेशन से कोई सहायता मिलती है तो उसका उपयोग केवल उरी प्रयोजन के लिए किया जाएगा जिसका इस कार्य में उल्लेख है, और जिसके लिए मैंने सहायता की प्रार्थना की थी।
4. मैं इसके द्वारा गृहीत करता/करती हूँ कि को कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता राशि के लिए मैंने किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से, आर्थिक या पूर्ण रूप से, न तो कोई अदायगी या भुगतान प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूंगा/करूंगी।

**AGREEMENT by APPLICANT or PARENT or LEGAL GUARDIAN (on behalf of PATIENT)**

- 1) I agree to arrange my own funds for any follow-up treatment, if so required
- 2) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I on behalf of the patient (beneficiary of grant by Koshika Foundation), hereby agree and authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce the patient's 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 the patient's photo & details can be made by Koshika Foundation before or after the patient's treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is requested/granted
- 3) 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.
- 4) I agree not to hold Koshika Foundation & its trustees responsible, in case of failure of treatment/death of patient, during or after the surgery/medical intervention
- 5) The amount of financial assistance granted by Koshika Foundation, will be payable by Koshika, after completion of the treatment/surgery/medical intervention, directly to the Hospital where the treatment/procedure is carried out, against bills raised by the Hospital.
6. यदि आवश्यकता पड़ती है तो अनुमती इलाज के लिए मैं अपनी निधि की व्यवस्था करने को सहमत हूँ।
7. इस कार्य पर अपने हस्ताक्षर/अंगूठे के निशान द्वारा मैं रोगी (कोशिका फाउंडेशन के अनुदान का लाभार्थी) की ओर से कोशिका फाउंडेशन तथा उसके न्यासियों को सहमत देता हूँ तथा प्राधिकृत करता हूँ कि मैं रोगी के नाम, पते, फोटो तथा दी गई या प्रार्थित सहायता के प्रयोजन का, कोशिका फाउंडेशन के लिए दान मांगने तथा/या इसकी उपलब्धियों और गतिविधियों की सूचनाओं का प्रचार करने के लिए, मौखिक, मुद्रण तथा इलेक्ट्रॉनिक आदि किसी भी माध्यम के द्वारा उपयोग, प्रकाशन या प्रस्तुतिकरण कर सकते हैं।
8. मैं (आवेदक) इस बात में भी सहमत हूँ कि मेरे नाम, पते, फोटो तथा उस प्रयोजन के विवरण का उस सहायता को प्राप्त करने या जारी रखने का हकदार नहीं बन जाँगा। सहायता को स्वीकृत करने तथा/या जारी रखने का अधिकार सिर्फ कोशिका फाउंडेशन के न्यासियों का होगा, और इस विषय में उनका निर्णय अंतिम और मेरे लिए मान्य होगा
9. मैं इस बात के लिए सहमत हूँ कि इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप या भाव में इलाज की विफलता या चूक/रोगी की मृत्यु के लिए कोशिका फाउंडेशन तथा उसके न्यासियों को जिम्मेदार नहीं ठहराऊँगा।
10. कोशिका फाउंडेशन द्वारा स्वीकृत आर्थिक सहायता, इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के पूरा होने पर, हस्पताल द्वारा बनाए गए बिलों के विरुद्ध सीधे उस हस्पताल को दी जाएगी, जहाँ इलाज कराया गया है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

✓  
Akshita Kish



## AGREEMENT by HOSPITAL / DOCTOR हॉस्पिटल/डॉक्टर द्वारा अनुबंध



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for consideration of this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital / Doctor) hereby affirm & accept following:

- 1) That we neither presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the said 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/Doctor 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/Doctor will assume sole & complete responsibility of the treatment & outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. The Hospital/Doctor agrees to indemnify Koshika Foundation from any adverse outcome, quality claims & claims on account of medical negligence etc, in course of carrying out the treatment/surgery/medical intervention for which financial assistance is granted by Koshika Foundation.

कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता की प्राप्ति के लिए इस केस/रोगी के अनुमोदन स्वरूप हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा नीचे हस्ताक्षर किए गए हैं। इसके द्वारा हम निम्नांकित को पुष्ट और स्वीकृत करते हैं :

- १) कि उसी रोगी/केस के लिए जिसके लिए कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता मांगी जा रही है और जितनी मात्रा में सहायता प्राप्त हुई है उस मात्रा तक न तो हमने वर्तमान में किसी गैर सरकारी संख्या या अन्य स्रोत से सहायता ली है और न ही भविष्य में लेंगे। यदि मांगी गई सहायता, आंशिक रूप में या पूर्ण रूप में कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त नहीं होती है तो हस्पताल को यह अधिकार होगा। वह कम पड़ गई राशि किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर ले। यह पुष्टि अनिवार्यतः यह कहती है कि हस्पताल उसी रोगी/केस के लिए किसी भी स्रोत से दोहरी आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं करेगी।
- २) कोशिका फाउंडेशन की सहायता का स्वरूप केवल आर्थिक है। हस्पताल द्वारा रोगी के लिए जो इलाज/क्रिया विधि अपनाई जाती है या जिसकी सलाह दी जाती है वह रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और किसी भी रूप में कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित या प्रेरित नहीं है। इसलिए उपचार, उसके परिणाम, और रोगी की सुरक्षा का पूरा दायित्व हस्पताल का होगा और इस विषय में कोशिका फाउंडेशन की कोई जिम्मेदारी या भूमिका नहीं होगी। कोशिका फाउंडेशन द्वारा जिसके लिए सहायता दी गई है, उस इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के दौरान, किसी भी विपरीत परिणाम/गुणवत्ता विषयक दावा, और चिकित्सीय लापरवाही के कारण दावे/हरजाने आदि के लिए हस्पताल/डॉक्टर, कोशिका फाउंडेशन को सुरक्षित रखने के लिए भी सहमत है।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  26.07.2023	 <b>DR. NIRANJAN DUTTA</b> MS, MCh cardiac Surgery (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) IC डॉक्टर का नाम, हस्ताक्षर, मुहर व रजि० नं०	 <b>ANINDITA DEB SARKA</b> MANAGER - CSR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल द्वारा प्राधिकृत अधिकारी का नाम, पद व मुहर
--	--	---

### FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन के आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी के हस्ताक्षर (1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी के हस्ताक्षर (2)
