

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0118/1780

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/01/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

RAM KUNAR SIKHA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

(ATE : KSHETRA MOHAN SIKHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

15/A P.C. BAKER JEE LANE, DAKSHINESHVAR
KOLKATA - 700026, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

SAME AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

NIL (DUE TO POOR VISION)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

9000 / (MONTHLY) - 84000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : टयाई नम्बर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या सही का चिह्न लगायें)

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 सम्बन्ध
1	RAM KR SIKHA	63	M	SELF
2	CHANDRA SIKHA	54	F	WIFE
3	SUNARTRO SIKHA	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - Macular hole (L/E)
	Surgery - Phaco + IOL + BBG + C3F8 + ERM Peeli. + PPV + LA (L/E)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकाश में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 प्रकाश में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकाश में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, चरित्रावली, पत्रों, उत्सवों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकाश का विवरण मेरे प्रकाश के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जाएगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम, चरित्रावली, चित्रों, उत्सवों और माध्यमों का निर्माण अधिकृत और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

✓ *Ramkrishna Sankar*

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अनिच्छित/अव्यक्त हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपलब्ध/अव्यक्त का प्रदान करने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपरी के हस्तगत प्रत्येक और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ उपरी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निरास लगाने)

ACCEPTANCE

सम्पूर्ण

REJECTION

सम्पूर्ण

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

18/01/18

Dr. Sanjiv Roy

MD, FICO

Reg. No. 43434

Koshika Foundation & Research Centre

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप, व

Dr. Sankar Singh

Director

Sankar Singh Foundation & Research Centre

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम 2 हस्ताक्षर

SANCTIONED

सम्पूर्ण

REJECTED

सम्पूर्ण

[Signature]

[Signature]