

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K1248/1980

APPLICATION DATE: 13/12/18

NAME of APPLICANT: PISHNU PATA SARKAR

AGE-YEARS अनु-वर्ष

70

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMESH SARKAR.

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

C/O RAMESH MITRA ROAD NORTH DUMDUM
GHATA NORTH SU PURANAG 700182
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AT ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. 7403 3000 0000

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छी का चिह्न लगायें)

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.	PISHNU PATA SARKAR	70	M	SELF
2.	KRISHNA SARKAR	48	F	WIFE
3.	KANAI SARKAR	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis - Cancer - Re.
2.	Surgery - Re (Surgical)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाले:

- 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 पर यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे मेरी जानकारी के बिना ही खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर यह घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही किसी भी मदद के लिए आवेदन करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाले)

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/print-upreproduce 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, संचारण या अन्य माध्यम से मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण भी इसमें बता रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत कर रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस पर भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए नहीं होगा। आवेदन या इसका निराकरण इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टी के लिए अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)**

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.

हम यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा इस मामले/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं, हम यहाँ पर यह घोषणा करते हैं कि:

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले के लिए नहीं मांग रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हम अपने आपसे या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता को पूरा करने के लिए अधिकृत हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, हम यहाँ पर यह घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं किया जाता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान नहीं की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Doctor & Signatory) Surgical Director, Koshika Foundation	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह वहाँ पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2