

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0999/2269

APPLICATION DATE: 09/01/19.

NAME of APPLICANT: BANDANA SARKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

87

SEX लिंग

F.

FATHER/SPOUSE'S NAME: PRASANTA SARKAR

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KALINGA MADHAYA PARK, BADURA, NORTH
24 PARGANAS, 743401 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय

Cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

R 1800 x 12 = 21600

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय कर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से निशान लगाएं)

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.	BANDANA SARKAR	87	F	SELF
2.	PRASANTA SARKAR	50	M	HUSBAND.
3.	SANTANU SARKAR	18	M	SON
4.	ABANU SARKAR	15	M	SON
5.	KISHAN SARKAR	10	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 (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES (ARTHRITIS)
2.	SURGERY RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अभाव प्राप्त ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन दिलाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रकम का अधिकतम या प्रत्यक्ष विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 it's 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों से मुझे प्रचारित करने के लिए। इस प्रकरण के पूर्ण होने के बाद या मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायीयों को इस प्रकरण में मेरी छवि का उपयोग करने का अधिकार है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रकाशित हैं, वे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाते। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/नीचे के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता के रूप में प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमें सहायता प्रदान करने पर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से कोई भी भरोसा नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही किया जाएगा और हमारे द्वारा ही रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमें रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की दृष्टि से रोगी के लिए सहायता की दृष्टि से और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तारीख 04-01-2019	Dr. Anil Kumar Mishra MBBS, MS Reg. No. - 71365 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारे अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2