

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building lives of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : K/0523/0154 APPLICATION DATE आवेदन तिथि 09/05/2023

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम HARAN BAR AGE-YEARS आयु-वर्ष 55 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्र का नाम JHOKU BAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SULTANPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743332, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE

OCCUPATION : व्यवसाय FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय RS. 4000 x 12 = 48000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. आय का खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उसे पत्र सही का चिह्न लगाएं) 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 संबंध
1.	HARAN BAR	55	M	SELF
2.	ANU BAR	47	F	WIFE
3.	RAJ KUMAR BAR	25	M	SON
4.	RAJU BAR	22	M	SON
5.	DIPALI BAR	19	F	DAUGHTER
6.	RUPA BAR	14	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "अर्थिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रश्न को नहीं पूछा है, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मिले, जो इस मदद के लिए है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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/post-up/produce 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 fulfilment 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 प्रश्न या अपने इच्छा का आदेश की इस सहायता, मैं (अर्शिका) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "अर्थिका फाउंडेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "अर्थिका" एन.जी.ओ., दान, धारणता के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का प्रियता को इच्छा के रहने या बाद में करने के लिए "अर्थिका फाउंडेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता; इस सम्बंध में "अर्थिका" एन.जी.ओ. के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रत्यक्ष/पेश की "अर्थिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रस्ताव से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमने "अर्थिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय मदद के सम्बंध में "अर्थिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं किया है। यदि "अर्थिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तित अर्थिका/वित्तित हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "अर्थिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तित प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "अर्थिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जारी करने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होगी और "अर्थिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए समुचित

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>09/05/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>M.B.B.S., M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ स्टैम्प</p>	<p><i>OPTIMR 12/11/22 DAS</i></p> <p>Senior program officer for the patient's consent (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory SANKAR ARIYAN HOSPITAL)</p> <p>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	