

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: M/1122/0477 APPLICATION DATE: 17/11/2022
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHANKAR BARIK AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIMAI CHANDRA BARIK
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ALIDA SHYAMPUR, MAHARAJAT-II, SOUTH 24 PARGANAS, 743355, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सवाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1. | SHANKAR BARIK | 67 | M | SELF |
| 2. | SHALENDRA BARIK | 64 | M | BROTHER |
| 3. | PRADHAT BARIK | 60 | M | BROTHER |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विनियमित उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सचेत जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय किसी भी तरह से, उस व्यय का नॉरिबक या क्लेम रिक्वायर्स किसी अन्य सॉर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में नही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीस" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज के खर्च या खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकट है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीसों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक 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.

- हस्ताक्षरक, हस्ताक्षरक की ओर से नामित/रिपोर्ट की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/सम्पन्न में होने का मेरा उद्देश्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/रिपोर्ट प्राप्त की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकार/सम्पन्न हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है या असम्भव किसी अन्य पैर सकारा संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भव द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी भी सकारा संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षरक द्वारा ही यह सलाह दी किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षरक के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरक में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सभी विनियमों रोगी एवं हस्ताक्षरक की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/22 |  Dr. Shibankis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम सहित हस्ताक्षरक का छाप |  OPTIM ANANDI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Authorised Signatory of Hospital HANKARA 33 |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|