

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																																								
APPLICATION No.: K/C919/1397		APPLICATION DATE: 22/8/19		 Koshika foundation Building block of life																																																								
NAME of APPLICANT: DILIP SARKAR		AGE-YEARS: 63				SEX: M																																																						
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SATTYA SARKAR		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KALIKAPUR, BARSAT, NORTH 24 PARGANAS, 700124, WEST BENGAL																																																										
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE		OCCUPATION: UNEMPLOYED						MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																				
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600/-		PAN No. AS ABOVE		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No																																																								
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम</th> <th>Age (Years) उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant अवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DILIP SARKAR</td> <td>63</td> <td>M</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>ABHINAV SARKAR</td> <td>34</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>POONA MONDAL</td> <td>34</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदक के साथ सम्बन्ध	1.	DILIP SARKAR	63	M	SELF	2.	ABHINAV SARKAR	34	M	SON	3.	POONA MONDAL	34	F	DAUGHTER																																			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदक के साथ सम्बन्ध																																																								
1.	DILIP SARKAR	63	M	SELF																																																								
2.	ABHINAV SARKAR	34	M	SON																																																								
3.	POONA MONDAL	34	F	DAUGHTER																																																								
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के योग्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</th> <th>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 200 वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</th> <th>Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</th> <th>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के योग्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 200 वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																																																			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के योग्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 200 वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																																																									
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT-LE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY - LE (SICS+IOL)</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न	1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE	2.	SURGERY - LE (SICS+IOL)																																																	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र 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 लिये गया है? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि																																																				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि																																																										

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य भाष्य जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि मदद मिलेगी है, तो इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में चयन किया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रारूप भेज रहा हूँ, इस बात का अधिकार या अधिकार किसी अन्य फौजियरी/वैद्यकीय/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है 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.

3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यायीयों, चयन, प्रकाशक एवं उत्प्रेषण से मुझे विभिन्नियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रवर्तित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 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.

इससे अधिकृत, हमारे अंतर्गत की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रवर्तित उक्त रोगी/मरीज को सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित्त अधिकार/अस्वीकार हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी करने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Shib Sankar Bagchi

Surgeon
Koshika Foundation & Research Centre

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

नाम व पर हस्पताल 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