

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0718/0843		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 12/08/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		SARASWATI PATRA		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				56	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		PRANKRISHNA PATRA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता		PART NO-138, AATPURI, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता		AS ABOVE			
OCCUPATION : व्यवसाय		HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का सक्षम प्रमाण)	
PAN No. : पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) :					
Yes / हाँ / No / 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 से संबंध	
1.	SARASWATI PATRA	56	F	SELF	
2.	PRANKRISHNA PATRA	65	M	HUSBAND	
3.	ADARSH PATRA	34	M	SON	
4.	ARINDAM PATRA	31	M	SON	
5.	SUSMITA PATRA	28	F	DAUGHTER	
6.	NILIMA PATRA	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का नौवें प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) इससे अधिक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने किसी का 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 लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक हत धीरक धर):

- 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 धीरक करत हूँ कि इस ढरक में दिते गने सारी विवरण मेरी जलकरी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य सत्य जल है तो मेरी सहायत रिक्कत की जल कलती है।
- 2) मैं हत में सहायत दित "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जल सही है, उसक उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जलयेग, जे इस ढरक में गत गत है।
- 3) मैं धीरक करत हूँ कि रिक्कत सहायत हेतु जल उद्देश्य की गत है, उस दित जल अतिरिक्त जल कलत रिक्कत किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली रिक्कत है और न ही भविष्य में लीग।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक हत करत)

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढरक में अपने हस्ताक्षर जल अंगुली की छाप ललकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक सहायती की धीरक करत हूँ एवं "कौशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करत हूँ कि वेग सत्य, सत्य, फोटो और जे विवरण इस ढरक में धीरक है, उसे "कौशिका" एवं न्यासी, सत्य, सत्य/सत्य दूरसे उद्देश्य से लुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी ढरक सत्य/सत्य से इस्तेमाल करने में रिक्कत अधिकृत है। मेरी ढरक जल विवरण मेरी हतक के सत्य सत्य के करे में रिक्कत "कौशिका फाउन्डेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस सत्य में सहायत हूँ कि वेग सत्य, सत्य, फोटो और विवरण जे कि सहायत के उद्देश्यों से धीरक है पूर्ण सत्य: सहायत का हकदार नही कलत। इस सत्य में "कौशिका" एवं उसके न्यासी के लिये अतिरिक्त और सत्यकारी हतक।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर जल अंगुली का रिक्कत

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर हत करत)**

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सत्य/रोगी को "कौशिका फाउन्डेशन" से रिक्कत सहायत हेतु रिक्कत की जलती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) रिक्कत ढरक से सत्य न सत्य करत हैं।
- 1) जल कि न तो सत्य और न ही भविष्य में रिक्कत सहायत किसी भी सत्यरी सत्य/सत्य जल किसी अन्य सत्य से उस रोगी/सत्य में ली जल ली है, जैसे कि हमने "कौशिका फाउन्डेशन" से रिक्कत/रिक्कत उस के सत्य में "कौशिका फाउन्डेशन" हत करत हेतु कि है। यदि "कौशिका फाउन्डेशन" हत सहायत किसी अतिरिक्त/सत्य हेतु सत्य नही किया जल है तो अर्शेक किसी अन्य रिक्कत सत्यरी सत्य/सत्य जल किसी अन्य सत्य/सत्य से सहायत लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस धीरक में सत्य करत जल है कि अर्शेक रिक्कत सत्य उस रोगी/सत्य हेतु किसी भी सत्यरी सत्य/सत्य जल किसी अन्य सत्य से नही लीग/लेगी।
2. "कौशिका फाउन्डेशन" से ली गत सहायत केवल रिक्कत ढरक की है। रोगी जल हस्ताक्षर हत में गत सत्य जल किने गने उपचार/रिक्कत का सत्य रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का रिक्कत है और "कौशिका फाउन्डेशन" हत किसी ढरक का कोई सत्य नही है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के हतक सत्य और जने जने की सारी रिक्कत रोगी एवं हस्ताक्षर की हत और "कौशिका" को कोई धीरक जल रिक्कत/रिक्कत इस सत्य में नही हतगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सत्यकारी के रिक्कत सत्य/सत्य

Date of Surgery अर्शेक की सत्य 13/08/18	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, PhD (Eye) FRCO (Name of Dr. Alok Agrawal) हस्ताक्षर का रिक्कत सत्य/सत्य	Ankur Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) सत्य जल हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक उद्देश्य हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2