

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेतू आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापात्र)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	14/0510/0365	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	31/05/19	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	JAYANTI BALA PATRA	AGE-YEARS उमेर-वर्ष:	47	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	ANIL PATRA.	SEX लिंग:	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता DST NO. 128 MOHANPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: जबरदस्ती:	HOUSEWIFE.	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	Rs - 1800x12 = 21600/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चिन्हन)		
PAN No. स्ट्रीट आया संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप का दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)		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 सम्बन्ध
1	JAYANTI BALA PATRA	42	F	SISTER
2	ANIL PATRA	52	M	HUSBAND
3	NARAYAN PATRA	55	M	SON
4	MAHENDER PATRA	22	M	SON
5	ICE TAKT MONDAL	19	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित आवश्यक				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रेखा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संतुलन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप ही प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संतुलन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संतुलन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विवरों का उल्लेख:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई डिविडेन सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2	SURGERY - LE (SICCTVOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उल्लेख को हटू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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: अप्पेलेंट द्वारा घोषित चर्चा:

- 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 पॉर्टफोलियो कार्ड हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये जिवान में जानकारी के अनुसार सभी यह बहुत साधा है। यह कोई जिवान द्वारा करने वाला चाहता है तो मैंने जानकारी निभाता हूँ।
- 2) मैं इस के समर्थन की ओर "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, इसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था।
- 3) मैं पुरुष कार्ड हूँ कि जिस जानकारी से इस प्राप्ति को गई है, उस परिणाम से इसका विस्तृत विवरण जानकारी कामनी से न हो सकता है और न ही खबरियां मिल सकती हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने इस्तेवा के लिए जानकारा, मैं (अप्पेलेंट) अपने जानकारी को पुरुष कार्ड हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीर्द्वारा" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और जो जिवान इस प्रत्यक्ष में प्राप्ति है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, सार, वाकाकार तृतीय उद्देश्य से जुड़ी विविधर्द्वारा और उपलब्धिर्द्वारा जो लिये जाते हैं प्रभाव प्राप्ति में जानकारी करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्यक्ष का जिवान में इसका लिया जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस तथा मेरे जानकारी से जिस जानकारी को जानकारी से उत्पन्न हो जाएगी, उसे उत्पन्न होने का इकाया न्यायी वाकाकार तृतीय उद्देश्य या न्यायी अधिकृत वाकाकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के इस्तेवा के अनुसार का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तेवा द्वारा कर्ता)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, इस्तेवा की ओर से जानकारी को "कोशिका फाउंडेशन" में विलियन जानकारी है जो जानकारी है, जिसे हम (इस्तेवा) जिन तथा सभी चाहतों का लिया जाता है, जिसकी जानकारी अन्य संस्थान के लिये जानकारी अन्य संस्थान से उत्पन्न हो जाती है, जो इसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विलियन/विनियोग के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मिला है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जानकारी विनियोग के समय में जानकारी अन्य संस्थान के लिये अन्य संस्थान से जानकारी लिया जाता है। इस पूर्ण में स्वयं करता है तो अन्य संस्थान किसी अन्य गैर जानकारी को लिया जाने से जानकारी अन्य संस्थान से जानकारी लिया जाता है। इस पूर्ण में स्वयं करता है कि अन्य संस्थान द्वितीय मिला तथा उत्पन्न करता है तो जानकारी नहीं होती है।

1) यह कि न से अधिक और न ही अधिक ये विलियन जानकारी जिसी गैर जानकारी अन्य संस्थान के लिये अन्य संस्थान से उत्पन्न हो जाती है, जो इसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विलियन/विनियोग के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मिला है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जानकारी विनियोग के समय में जानकारी अन्य संस्थान के लिये अन्य संस्थान से जानकारी लिया जाता है। इस पूर्ण में स्वयं करता है तो अन्य संस्थान किसी अन्य गैर जानकारी को लिया जाने से जानकारी अन्य संस्थान से जानकारी लिया जाता है। इस पूर्ण में स्वयं करता है कि अन्य संस्थान द्वितीय मिला तथा उत्पन्न करता है तो जानकारी नहीं होती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गैर जानकारी को लिया जाता है। ऐसी पर इस्तेवा द्वारा गैर मालवाले ये लिये गये उपचार/उपचारों का चुनाव होता है एवं इस्तेवा के लिये अधिक जानकारी नहीं होती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जिसी जानकारी को होती है उसी जानकारी का उत्पन्न होता है। इसीलिये इस्तेवा में ही हमारा और आपे जाने की जानी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्तेवा की ओर से नहीं होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थानी**

Date of Surgery
अंतिम तिथि की तिथि
31/5/19

Dr. & Regn. No.
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
Dr. MS. (OPHTH)
Reg. No. 85656
इस्तेवा का नाम व इस्तेवा व तिथि

Signature of Authorised Signatory
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital
नाम व एवं इस्तेवा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्वित उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम व इस्तेवा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम व इस्तेवा 2