

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0819/1080  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/5/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ARATI PATRA  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 45  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PARTHA PATRA  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
153A, ACHARYA PRAFULLA CHANDRA ROAD, KOLKATA.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: HOUSEWIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1600 X 12 = 19200/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छाप 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 सम्बन्ध
1.	ARATI PATRA	45	F	SELF
2.	SANJAY PATRA	52	M	HUSBAND
3.	KALAYAN PATRA	23	M	SON
4.	HILON PATRA	21	M	SON
5.	SUJATA PATRA	19	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) 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:

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 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 ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद मिले उसे न तो ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

**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.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपुत्रों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य से प्रसारित करें, जो "कोशिका" द्वारा न्यायोपुत्रों, दान, चिकित्सा प्रदान करने के लिए मेरी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपुत्रों द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद मिले उसे न तो ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोपुत्रों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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.

- आवेदक/रोगी, हस्ताक्षर को और से सहायता/उपचार को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद मिले उसे न तो ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/उपचार प्राप्त नहीं होता है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता/उपचार के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद मिले उसे न तो ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया है। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपुत्रों द्वारा किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोपुत्रों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

<p><b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b></p> <p>Dr. Dhanraj Singh MBBS, MS Reg. No. 00578 Koshika Eye Foundation &amp; Research Centre (Name of Dr &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>		<p>Shib Senkar Bagchi Director Koshika Eye Foundation &amp; Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>6/1/19</p>		
<p><b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b></p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपुत्र 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपुत्र 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>	