

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0019/1572

APPLICATION DATE: 9/0/19

NAME of APPLICANT: KALIPADA PATRA

AGE-YEARS 72

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHUSHAN PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

FATHER PATH, DWARER JUNGLE, SANDESHWAL,
NORTH 24 PARGANAS 743446, NEET BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

- AS ABOVE -



OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 x 12 = 25200/-

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

PAN No. 5444 4444

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू 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.	KALIPADA PATRA	72	M	SELF
2.	KALYANI PATRA	66	F	WIFE
3.	NIHARI PATRA	41	M	SON
4.	DEBOTI LAHA	38	F	DAUGHTER
5.	PRADIP PATRA	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम 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 (Cataract + 204)

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 पत्र:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले या नहीं, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ, इस घोषणा का अर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले 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.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जो "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली 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, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, यदि सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकारों का उपयोग करके सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, यदि सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उपरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपरी के इलाज सुझाव और आगे करने की सभी जिम्मेदारियाँ उपरी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Alka Agarwal

MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNCC

REG. NO. 12345678

Special Eye Foundation

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर या नाम या हस्ताक्षर या छाप, न

Shub Senkar Bagchi

MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNCC

REG. NO. 12345678

Special Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]