

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2072 APPLICATION DATE : 11/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SANTOSH PATRA AGE-YEARS : 73 SEX : M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHALLENDRANATH PATRA
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SHARAT PALLY, DIGHIRPAR, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS 74329, WEST BENGAL
वर्तमान निवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायित्व का पता



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 23000 X 12 = 27,600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) 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 संबंध
1	SANTOSH PATRA	73	M	SELF
2	PRABHA RANI PATRA	50	F	WIFE
3	GOPAL PATRA	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशा के पोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विधि 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 (SLCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 एक वर्ष सहायता राशी

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सहायता है, जिसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस सहायता का अंशिक या पूर्णतः निरस्त करने के लिये 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" अपने न्यासीयों, पत्र, साक्षात्कार करने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निरक्षण मेरी इच्छा के परतल या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिये प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" अपने न्यासीयों 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के संरक्षण या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिये सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार के संरक्षण या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण में सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्च की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/11/2019	Dr. K. Mishra MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 1871 Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
	