

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K10/20/8836 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 31/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SARNABALA PATRA AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुण्य का नाम : BISNUHARI DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : MAL SIKHARI, NORTIA 24 PARAGANAS, T43456, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 18000 x 12 = 216000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या : Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No (को चयन हो उस पर सही का निशान लगावे) 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	SARNABALA PATRA	65	F	SELF
2	SUDANSHAR PATRA	42	M	SON
3	PARITOSH PATRA	30	M	SON
4	NILIMA MONDAL	37	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	--	---------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICSAJOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया गया है तो मेरी आगामी निवेदन को खारिजी कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं आ रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं आगामी भविष्य में पूर्णतः नहीं हूँ, इस धर्मिता का अधिकार या प्रत्येक विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से 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 & authorize 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 या अपने इलाका या अंगूठे को जमा रखकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/अंगूठे को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या प्रकाशित करने के लिये इलाका के पत्रों या कार्ड में प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कौन सा उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्णतः आगामी या इलाका नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के न्यायी अधिकृत और सहायक को प्रकाशित है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के इलाका या अंगूठे का निवेदन



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इलाका को और से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक से किया गया है या किया जायेगा जो कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त किया जा रहा है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए उद्देश्य के लक्ष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक प्रदान किया जाता है तो हमारा धर्मिता अन्य और सहायक से किया गया सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रकरण उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किया गया सहायक सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं आगामी कोषा वित्तीय प्रक्रिया की है। रोगी या इलाका द्वारा ही मैं आगामी या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेती हूँ/हमारा धर्मिता को कोष का निवेदन है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए इलाका में रोगी के इलाका सुरक्षा और अपने जाने को सही विधेय/रोगी को ही इलाका को होगा और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सहायक में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, D.O, DNB Reg. No. -63729 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इलाका का नाम व इलाका का पता र.	Dr. Sushant Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
	