

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : NNN/0817/0094 APPLICATION DATE : 12/08/2017  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PRASANTA KUMAR JETTY AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 70 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NABAKUMAR (SON)  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL - BOURIKHALI ; P.O - BAURIA ; P.S - BAURIA ;

DIST - HOWRAH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

DO.



OCCUPATION : EX - SERVICE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 1,00,000 / (YEARLY)  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | KANANBALI JETTY                                   | 62                         | F              | WIFE                                            |
| 2.                     | NABAKUMAR JETTY                                   | 92                         | M              | SON                                             |
| 3.                     | SATABDI JETTY                                     | 30                         | F              | SON-IN-LAW                                      |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):  
सहायता के लिये किसी आधार

|                                                                                                               |                                                                                                                  |                                                                                         |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>एपीसी कार्ड के नोर्मे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - LE - NUCLEAR SCLEROSIS II-III + PSC.                                             |
| 2.                     | SURGERY - STES WITH PE TOL.                                                                  |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | V.M.A.N.N.N.                              |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 पूर्णतः सत्य नहीं माना जाय तो मैं मेरी सहायता रिक्वास्ट को खारिज होने के लिए तैयार हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं है, कि इस रोग का इलाज किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो किया है और या हो सकता है।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वीकृति के साथ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरी सहायता के लिए मेरी नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, संचारण द्वारा प्रसारित से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम में प्रसारित करने में सक्षम है। मेरी इसका विवरण मेरी सहायता के लिये मांगे गए मदद के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी किया जायेगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के प्रदान करने के प्रयत्न में प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्देश अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

*(Signature of Applicant)*

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल 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 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.
- हमने अधिष्ठाता, इसकाठी की ओर से आदेश/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) सिफारिश से सत्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरी अर्शक और या हो सकता है कि मैं या मेरी अर्शक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) सिफारिश से सत्य न स्वीकार करते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को सहायता प्रदान और अपने अपने को सही सिफारिशें रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या सिफारिशें इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संसुद्धि

|                                                              |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>अपरेशन की तारीख</p> <p>18/08/2014</p> | <p>DR. S.C. MEDICAL OFFICER<br/>NETRA NIRAMAY NIKETAN<br/>VIVEKANANDA MISSION ASRAM<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>उपचार का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Sr. DY MANAGER<br/>VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN<br/>P.O. CHAITANYAPUR JALDIA<br/>(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>रोग व पता हस्ताक्षर अधिष्ठाता अधिका</p> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंदरीक उपयोग हेतु

|                                                                               |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|