

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1017/1079 APPLICATION DATE : 12.10.17

NAME of APPLICANT : ASHAMANI MAHAPATRA AGE-YEARS : 60 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JAGANNATH MAHAPATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JAYANPUR, CHUDHAR BISWAS SARANI, DINGAL POTA, MANHOOGHLY-3 NO, SONARPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 700151, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	ASHAMANI MAHAPATRA	60	F	SELF
2	MONORANJAN MAHAPATRA	35	M	SON
3	GOPAL MAHAPATRA	33	M	SON
4	CHAMPA MAHAPATRA	30	F	DAUGHTER
5	SABIRI MAHAPATRA	29	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof
--------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIOL PTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

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 सत्य नहीं माना जाय तो मैं यही साक्षात् गिना भी कर सकता हूँ।
- 2) मैं इस बात को साक्षात् गिना "कोशिका फाउंडेशन", से ही कर रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में करा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस साहाय्य हेतु या भविष्य में भी, इस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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/print-up/produce 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 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 (अर्शक) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" एप्लिकेशन, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन से सुनी वीडियो/ऑडियो और प्रकाशित करने के लिये निर्देशित करें। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरे उपचार के पारने या करार के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से निर्णयित होगी।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्य के अंतर्गत है उसे सच: साहाय्य का हस्ताक्षर भी करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप्लिकेशन, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन या निर्णयित और सम्पन्न होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक 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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्पन्न/लेने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सम्बन्धित नहीं करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरी अधिकृत और न ही भविष्य में वित्तीय साहाय्य किसी भी साक्षरी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रकम के लिए नहीं ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित रकम के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मारा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साहाय्य किसी व्यक्ति/रोगी/रोग से प्राप्त नहीं किया जाय तो हम साक्षरी किसी अन्य रोगी/रोगी संगठन या किसी अन्य संगठन से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाय है कि हमारा वित्तीय मारा उस रकम के लिए नहीं है कि साक्षरी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह साहाय्य संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह साहाय्य या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुझा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविचा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (सही/गलत/निरस्त का निश्चय लगाने)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

नकार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19.10.18

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Arindam Das
MBBS, D.O. FRCS
Reg. No. 58095
Koshika Foundation & Research Centre

Dr. Sankar Dasgupta
Director
Koshika Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

संस्तुति

REJECTED

नकार