

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. : K/1018/1084 APPLICATION DATE : 12.10.17  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RASAMAY PATRA AGE-YEARS : 48 SEX : M  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARENDRA PATRA  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता

KRISHNABAMPUR, UTAR PARA, AMBACHHIA,  
BISHNUPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743512,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : CONTRACT LABOUR  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 2000 x 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी आयदा 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 लगाएं)

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.                     | RASAMAY PATRA                                     | 48                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | PUSPITA PATRA                                     | 40                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | DEBASIS PATRA                                     | 17                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | SANTU PATRA                                       | 15                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | MITALI PATRA                                      | 12                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या बिमारी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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>लगी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

**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 इसे सही माना जाय तो यह सही हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)**

- 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/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 to 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 में मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमति, मैं (अर्शक) अर्शक को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे भविष्य में और भविष्य में मेरे विवरण को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण में प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे अधिकृत के प्रकाशित करने के लिए मैं सहमत हूँ कि प्रकरण का विवरण सही प्रकाशित हो सके। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत होता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआ का निशान

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

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में सत्य व अधिकृत करते हैं।
- 1) कि हम न ही वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगए, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें सहायता की कमी को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हमें सहायता के लिए मांग करने के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

**RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)**

सिफारिश (स्वीकृति/निर्णय का निशान लगायें)

**ACCEPTANCE**

समर्थन

**REJECTION**

नकार

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12.10.17

Dr. Anindam Deb  
MBBS, D.O. FRCS  
Reg. No. 58098  
Koshika Foundation & Research Centre  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. Sankar Bagchi  
Director  
Koshika Eye Foundation & Research Centre  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**

| SANCTIONED<br>समर्थित | REJECTED<br>नकार | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>ज्योती हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>ज्योती हस्ताक्षर 2 |
|-----------------------|------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                       |                  |                                              |                                              |