

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : ५/1218/1753

APPLICATION DATE : 05/12/18

NAME of APPLICANT : SANDHYA PATRA

AGE-YEARS : ४३

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ANUDHWAS PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : CHANDAN JAGADISHPUR HOCHRAH, PHULKAWEST BENGALPERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)PAN No. : XXXX XXXX XXXXARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / 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.	SANDHYA PATRA	43	F	SELF
2.	CHANDAN HAZRA	50	F	DAUGHTER
3.	NANU PATRA	42	M	SON
4.	SANDEEP PATRA	44	M	SON
5.	MADHU PATRA	47	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया 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 है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता राशि
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक ड्रा फॉर्म पर)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे स्वयंसेवक के रूप में वापस ले लूँगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक ड्रा फॉर्म)

- 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/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 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 (अर्शिक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, जो "कोशिका" द्वारा माँगा गया, या, याचनाएं पूर्ण करने के लिए विभिन्न माध्यमों से मेरे विवरणों को प्रसारित करने में सक्षम होंगे।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भविष्य के अधिकार के प्रसारित करने में सक्षम होंगे। इस प्रमाण का उपयोग करने के लिए "कोशिका" द्वारा माँगा गया, या, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भविष्य के अधिकार के प्रसारित करने में सक्षम होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

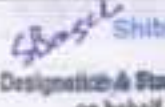
अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ड्रा फॉर्म)**

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से प्राप्त करने के लिए माँगा है।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी अन्य मामले के लिए माँगा है, जहाँ हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए माँगा है, जिसकी सीमा तक कि सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया, तो हमें सहायता मिले बिना हमें अन्य स्रोतों से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम घोषणा करते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम हॉस्पिटल द्वारा ही प्रदान करेंगे और हम इस सहायता का उपयोग करने के लिए पूर्ण जिम्मेदारी लेते हैं।

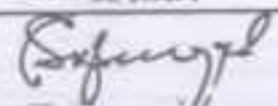
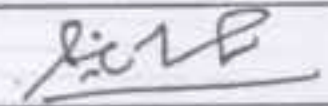
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Date of Surgery अर्शिक की तारीख 05/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ	 Shibi Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिक ड्रा फॉर्म

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--