

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0424/0097**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **20.04.24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SWAPAN PATRA**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष : **53**  
SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LATE BHISMA PATRA**  
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**DWARIK JUNGLE, DWARIKJUNGLE, SANDESHKHALI,  
"N" NORTH 2A PARGANAS # 4 3446 WEST  
BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

**— AS ABOVE —**



OCCUPATION : **\*TAILOR**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **4000 x 12 = 48,000/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No  
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
	<b>SWAPAN PATRA</b>	<b>53</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
<b>1.</b>	<b>ANURADHA PATRA</b>	<b>40</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
<b>2.</b>	<b>DEBASRATH PATRA</b>	<b>30</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
<b>3.</b>	<b>SOVA PATRA</b>	<b>25</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए विवरण आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गर्ने विनोदों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धित सूची संलग्न
<b>1.</b>	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
<b>2.</b>	<b>SURGERY — RE (STCS + IOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED की गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सचन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात की सख्ततापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में पत्र किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, उक्त राशि का अंशिक या सख्त विपरीत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कोई रिफ़ंड किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सचन/सचन दूरसे उपदेश से जुड़ी पत्राचार/विज्ञापन और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के बिना या कर मे फर्क के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे उक्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

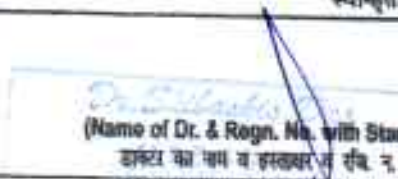

*(Handwritten signature)*

**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 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/cases 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित/संश्लेषित "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कर रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोती अस्वीकार/प्रकार हेतु पत्र/पत्र नहीं किया जाता है तो हमसकत किसी अन्य स्रोत सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसकत द्वितीय कर उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसकत में रोगी के हित/सुख और अपने अपने को ध्यान रखने/संभालने के लिये "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

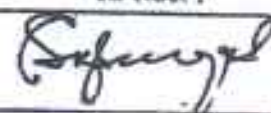
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 20/11/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर सं. रजि. नं.	 OPTOM SANKAR DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR, 11/11/24
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 
--	---