

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0524/0207
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/05/24
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: PRATIMA SENAPATI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 57
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PARESH SENAPATI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

RAJAPUR, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000x12 = 48,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 से संबंध
1.	PRATIMA SENAPATI	57	F	SELF
2.	PARESH SENAPATI	64	M	HUSBAND
3.	SIMANTA SENAPATI	29	M	SON
4.	MANASI SENAPATI	24	F	DAUGHTER
5.	TUMPA SENAPATI	20	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे उद्देश्य किसी 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 (SIOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा वाचक पर)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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.
- 4) मैं वाचक करता हूँ कि इस प्रारूप में देने गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। मैं अपने विचार एवं ज्ञान प्रत्यक्ष सच बताई है जो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 5) मैं इस के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद का अनुरोध कर रहा हूँ। उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच बताया है।
- 6) मैं पूर्णतः सुनिश्चित हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है। उस मदद का उपयोग किसी अन्य सहायता/रोजगार/बिमा से न हो सके है जो न ही वाचक के लिये।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा वाचक)

- 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/post-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (अर्शिका) अर्शिका वाचक और उसके विश्वासियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और जो विवरण इस प्रारूप में बताया है, उसे "कोशिका" एनएमसी, एन. बचपन/एन.एमसी इत्यादि से सहायता हेतु प्रचारित/प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रचारण के माध्यम से मेरी जानकारी को प्रसारित करने में सहायता करने के लिए अधिकृत है। मेरी मदद का विवरण भी प्रचारण के माध्यम से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित हैं, उनका उपयोग कोशिका फाउन्डेशन और उसके विश्वासियों द्वारा किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एनएमसी विश्वासियों का विचार अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

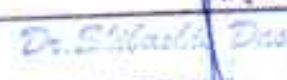



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा वाचक)

- 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/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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से वाचक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से मना न करीमत करते हैं।
- 1) यह कि न ही हमारे और न ही वाचक के वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकती है, जब तक कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती है, तो हमें सहायता मिलने के लिए सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित करने का उद्देश्य यह है कि हमारे द्वारा सिफारिश किए गए रोगी/रोगी को सहायता संगठन से सहायता मिलने में कोई बाधा नहीं पड़ेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी रोगी/रोगी का चिकित्सा उपचार मेरी रोगी/रोगी के चिकित्सा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल के चिकित्सा उपचार और मेरी रोगी को सही चिकित्सा देनी एवं हस्पताल को हमारे और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 18/05/24	 M.B.B.S M.C. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुहर	 OPTOM ANANT DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name of Hospital) SANKARA JYOTI EYE HOSPITAL
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहला हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरा हस्ताक्षर 2
