

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : M/0922/0267

APPLICATION DATE : 07/09/22

NAME OF APPLICANT : GITALI PATRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARABINDRA GHOSH

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

NAUPARA, RAJEEBPUR, BALISHA, NG CHOWMATHA,
NORTH 24 PARGANAS 743702, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(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 दाता हैं (जो भाव्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / हाँ

No / 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 सम्बंध
1.	GITALI PATRA	60	F	SELF
2.	SEKHAR PATRA	64	M	HUSBAND
3.	SUBODIP PATRA	38	M	SON
4.	SOUVIK PATRA	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्त आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

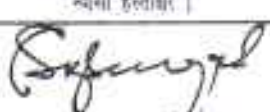
सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/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 लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा किया गया। 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 मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण किया गया है, उस पर भविष्य में किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न कोई भुगतान किया जाये और न ही भविष्य में लूना।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् उसकी, राज, प्रकाश/या दूसरी प्रकाश में कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर या छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोधी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उपलब्ध में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया) 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे हमारी को "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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज में लाने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/नकार हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का बिना किसी प्रकार/प्रक्रिया का सुयोग रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और देने वाले की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/09/22  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर (डॉ.) की नाम और रजि. नं. Reg. No. 2110  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) डॉ. शिबाशिस दास SANKARA JYOTI HOSPITAL अंतिम उपचार हेतु	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोधी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोधी हस्ताक्षर 2 