

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0543

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11.07.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

GITA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SHANKAR MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

27 DHRUVA PAL LANE, SADBIR, HOWRAH
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आपका PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय करदाता हैं? (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' का चिह्न लगाएं)

Yes/हाँ

No/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	GITA MANDAL	57	F	SELF
2.	SHANKAR MANDAL	64	M	HUSBAND
3.	DEBILU MANDAL	34	M	SON
4.	ADIPAN MANDAL	32	M	SON
5.	SEBITHA MANDAL	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (इसमें पर की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसमें पर की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (इसमें पर की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी कार्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतियाँ 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 प्राप्त हुई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञानेन** (I know)

- 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 पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही जानकारी देना होगा।
- 2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने Koshika Foundation से प्राप्त की गई सहायता, यदि कोई सहायता प्राप्त की जाए, तो मैंने सहायता प्राप्त की उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो मैंने इस प्रमाण पत्र में बताया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैंने इस प्रमाण पत्र में सहायता प्राप्त की है, उस सहायता का भुगतान, पूर्णतया या आंशिक रूप से, प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

DECLARATION by APPLICANT (SEE PAGE 200 WEST)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, दान, समर्थन वगैरह के सुदो रसिदों/पत्रों और प्रचारियों के लिए किसी भी उपाय सामान के प्रयुक्ति करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विचार भी इसमें जो पक्षों या मदों के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वीकार हूँ कि वेद दान, पता, फोटो और विवरण जो कि वास्तव में उद्देश्यों के प्राप्ति के लिये प्रयुक्त: वास्तव का हकदार नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का पूर्ण अर्थ और समझाया होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभिराम को रसना में अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (SEE THE END HERE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hons-2a) 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

राष्ट्रीय के लिए संस्कृति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 11.06.17	Dr. Arindam Deb  M.B.B.S., D.O., FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre. राप्ता का नाम व प्रमाणिकता का तारीख, उ	 Shish Sankar Bagchi Director Joint Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद प्रमाणित अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	