

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0717/0595

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/08/17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ARATI MONDAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

38

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHUPEN MONDAL

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PANCHAJANYA DANDIRHAT, GABIRHAT, NORTH 24
PARGANAS, 743412, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: CONTRACT LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1200712 = 14,400/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

Yes / हाँ

No / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न काटें)

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 क्या संबंध
1.	ARATI MONDAL	38	F	SELF
2.	BHUPEN MONDAL	45	M	HUSBAND
3.	SANJHU MONDAL	15	M	SON
4.	ABHIRAM MONDAL	13	M	SON
5.	RAJIN MONDAL	10	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से संबंधित 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 Card Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (81CS 710L)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I/we do not do so.

- 1) I solemnly 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 Kishika 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इससे की सहायता यदि "बैतलिक" उपयोग, से हो जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि इस सहायता से मैं या किसी को नहीं है, एक स्रोत या अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी को न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी गारंटी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत कर दूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण जो इसमें उल्लिखित है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रों, पत्र-संचयन, दूर-दर्शन के द्वारा प्रचारित/प्रसारित और जानकारी के हेतु वे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस पर विचार की इस बात को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस पत्र से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि भविष्य में उद्देश्यों में प्रयोग है पूर्णतः स्वतंत्रता का हवाला नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह अपने भरोदारों का निर्णय अधिकार और संपूर्णतः स्वीकार्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपराध में सम्मिलित या अंतर्गत का विचार

AGREEMENT by HOSPITAL, (FURNISH DE 470)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashi Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इससे अतिरिक्त, हमारा ही ही जहाँ से हमने ऐसी ही "बोलियाँ बनाये" के विषय पर हमें ही मिलाने की सही है, जिसे हम (हमारे) ही जहाँ से हमें ही मिलाने की सही है।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्तुति का निश्चय समर्थन)		ACCEPTANCE समर्थन	REJECTION निस्तुति
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/08/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No.-58096 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप, न	Shri Shankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व छाप, न	

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अर्थशास्त्र प्रयोगशाला के लिए

 SANCTIONED संमति	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 पदवी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पदवी हस्ताक्षर 2
			