

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0417/0598

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/02/17

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

GITA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SATISH MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHRIRAMPUR PURGA PARA JAGANNATHPUR
BADURIA NORTH 24 BARGANAS, 743401,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	GITA MANDAL	74	F	SELF
2.	JOYDEB MANDAL	50	M	SON
3.	GOPAL MANDAL	42	M	SON
4.	AKATI MANDAL	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सीपी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कबे विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SKS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED जो नई सहायता जारी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शित इस नीचे करें)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह बात है कि मेरी सहायता निरास हो या ख़तरा है।
- 2) मैं इस को सहायता यदि "बॉलिका फाउंडेशन", से लेता हूँ तो मैं, इसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस बात का अधिक या नुकसान किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शित इस नीचे करें)

- 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/print/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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शित) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "बॉलिका फाउंडेशन और ट्रस्टी " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "बॉलिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाने के लिये अधिकृत है। इस जानकारी के बिना किसी भी प्रकार का उपयोग मेरे द्वारा नहीं किया जायेगा। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं अपने पता से अपने को "बॉलिका फाउंडेशन" में सहायता लूँगा।
- 2) मैं (अर्शित) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी करने के अधिकार है पूर्ण रूप से सहायता के इच्छा नहीं करता। इस मामले में "बॉलिका" द्वारा जारी की गई जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (

अर्शित के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इस नीचे करें)**

- 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.

हम यहाँ पर, हस्ताक्षर को और ये समझते/हमारे को "बॉलिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी बरतारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/करने में लेते हैं या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बॉलिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "बॉलिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "बॉलिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/नकल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के बरतारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल अपने सहायता लेने हेतु किसी भी बरतारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेती।
2. "बॉलिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हे कि हम अस्पताल इस से नहीं सहायता या बिना लेने उपचार/उपचार का चुनाव लेते एवं हम अस्पताल को सही का विचार है और "बॉलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में लेने से सहायता सुरक्षित और अपने कार्य को जारी रखने/लेने एवं अस्पताल को सही और "बॉलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निरास समझें)

ACCEPTANCE

सम्पूर्ण

REJECTION

सम्पूर्ण

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

14/08/18

Signature of Dr. Deb
Dr. Deb, FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Signature of Dr. Sankar Bagchi
Dr. Sankar Bagchi
Director
Sankar Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

✓
SANCTIONED
सम्पूर्ण

REJECTED
सम्पूर्ण

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1

Signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवो हस्ताक्षर 2

Signature of Trustee 2