

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0717/0613	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	14/08/17
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	DEBALA MANDAL	AGE-YEARS आयु-वर्ष	58
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	KALIPADA MANDAL		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता			
PART NO - 102, SOHA - SWETPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
AS ABOVE			



OCCUPATION : व्यवसाय	HOUSE WIFE
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रमाण)	
PAN No. उपलब्ध है/नहीं	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 आवेदक से संबंध
1.	DEBALA MANDAL	58	F	SELF
2.	ARAY MANDAL	34	M	SON
3.	OTIEM MANDAL	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए बिली आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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 Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे बिस्तर का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIESTROL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AWARDED उस स्रोत से मिली सहायता

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिया हस्त लेखन 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी बेहतरीन सी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो प्रकरण खारिज कर दिया जा सकता है। 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रयोग नहीं करूँगा, उस राशि का अधिकतम या कमसे कम किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।			
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिया हस्त लेखन करें) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिया) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" एजेंडा, पत्र, पत्रिकाएं एवं इंटरनेट के माध्यम से लोगों को बताने के लिए प्रयोग करने में सक्षम होंगे। इस प्रकरण के लिए सहायता के लिये मैं यह स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे प्रकरण के लिये या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। 2) मैं (अर्शिया) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अंतर्गत से जारी नहीं किया जा सकता। सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी ही कर सकते हैं।			
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शिया के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 			
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर हस्त लेखन 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 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 अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से सत्य व स्वीकार्य करते हैं। 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये अनिवार्य हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये अनिवार्य हैं। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार प्रदान करने का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी ही कर सकते हैं।			
RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) अनुमति (स्वीकृति/निराकरण का निशान लगायें)		ACCEPTANCE मंजूर	
REJECTION खारिज		REJECTION खारिज	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/05/17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 58096 Durgam Chaudhary & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	Sankar Bagchi Director Sankar Eye 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			
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2	
SANCTIONED अनुमति	REJECTED खारिज		