

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0619

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

GITA MANNA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

NILMONI MANNA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

1/H/20 SHIV KRISHNA DAS LANE, MANIKTALA, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय 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. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चक्रांकित करें)

Yes/No

हां / 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 संबंध
1	GITA MANNA	68	F	SELF
2	NILMONI MANNA	75	M	HUSBAND
3	SOMNATH MANNA	43	M	SON
4	MOUSUMI MANNA	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विवरी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) मौलिक सेवा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्यक के चर्चे को यह प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SRCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED तो यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगी और न ही किसी भी स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 oblige 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 लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एन.जी.ओ. के माध्यम से, कर्मचारियों द्वारा, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कॉशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रसारित करने का उपयोग करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कॉशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रसारित करने का उपयोग करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

Binapani Mishra

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 घोषणा करते हैं कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु रिकॉमंडेशन कर रहे हैं, कि हम (हस्पताल) अपने स्वयं से ही मदद नहीं ले रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद ले रहे हैं, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता, तो हमें अपने स्वयं से ही मदद लेने के लिए अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव हमारे स्वयं से ही किया जाता है और "कॉशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। हमारे स्वयं से ही मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कॉशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15.07.17	<i>Arindam Deb</i> MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप	<i>Sankar Dasgupta</i> Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1 <i>Sankar Dasgupta</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2 <i>Sankar Dasgupta</i>
---	---