

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Work of life	
APPLICATION No.: K/0718/0644		APPLICATION DATE: 18/08/18	
NAME of APPLICANT: JALSHWAR MANDAL		AGE-YEARS: 58	SEX: M
FATHER/SPOUSE'S NAME: JAGDISH MANDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PRAKHANDWARON, BANCHAYAT WARON, DEOGHAR, JHARKHAND, 815557.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —			
OCCUPATION: UN EMPLOYEE			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)	
PAN No. TIDG 8888 8888			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	JALSHWAR MANDAL	58	M
2.	SANJO MANDAL	13	M
3.	KANDHAN MANDAL	36	M
4.	MANJU MANDAL	23	F
5.	KALPONA MANDAL	25	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2.	SURGERY - RE (LICS TROL)		
ASSISTANCE BEING AWARDED by SAME PURPOSE or OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर घेवत वर)

- 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, 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 घेवत कल हूँ कि इस ह्यर में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथा असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी ह्यर में सहायता हेतु "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस ह्यर में पद पद है।
- 3) मैं यहाँ कल हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस हेतु का अधिक या सहायता निरस्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यर कर)

- 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 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 ह्यर पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस ह्यर में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" एनएफओ, एन, फाउण्डेशन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी ह्यर का विवरण मेरे ह्यर के पालने या बदलने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से निरस्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस ह्यर से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफओ त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Jalaram Manda

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यर कर)

- 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.

- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मालिक-होस्पिटल को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से उस रोगी/केस को लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/कल हेतु मदद नहीं किया जाय है तो हमारा निरस्त अन्य भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हमारा द्वितीय मदद उस रोगी/केस हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)ACCEPTANCE
सम्मतREJECTION
नसम्मतDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/08/18

Dr. Arindam Deb
SBS.D.O. FRCS
Reg. No.-58095
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Smt. Sankar Bagchi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम हस्ताक्षर 2SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
नसम्मत

[Signature]

[Signature]