

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0822

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

01/09/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SURABALA MONDAL

AGE-YEARS वय-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

LATE KHAGEN CHANDRA MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAMNAGAR, SHABTIBASI,

SOUTH 24 PARGANAS

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 साक्ष्य संलग्न)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1	SURABALA MONDAL	65	F	SELF
2	NIKA CH MONDAL	35	M	SON
3	ASHAK MONDAL	43	M	SON
4	SHUBPA MONDAL	38	F	DAUGHTER IN LAW
5	SHIBANI MONDAL	10	F	GRAND DAUGHTER
6	SRABONI MONDAL	15	F	GRAND DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किस कारण का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

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 to 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से कुलीनता के लिए और जानकारी के लिए बिना मेरी अनुमति के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के उपयोग के प्रसारित करने के लिए है। फाउंडेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित जानकारी का प्रसारण और प्रकाशित होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) विना प्रस्ताव से अन्य से सहायता नहीं लेते।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकती है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त नहीं होती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में सहमति देना यह है कि हमारा प्रमुख ध्यान प्रस्तावित हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रस्तावित की जाती है, उसे या हॉस्पिटल द्वारा ही नहीं सहायता या बिना गैर-अधिकृत/अधिकृत का प्रस्ताव देना एवं हॉस्पिटल को सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में प्रस्तावित प्रस्ताव और अन्य बातों की सही जानकारी देना एवं हॉस्पिटल को सही और "कोशिका" को सही जानकारी देना हमारे लिए नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निर्णय का विवरण सहायता)

ACCEPTANCE

सहमति

REJECTION

खारिज

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/09/17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 50005
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED खारिज	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इन्द्राज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इन्द्राज 2