

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0843

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/09/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

USHA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

57

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

AJIT MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

92/1 TRIPURA RAY LANE, HOWRAH CORPORATION

SALKIA, HOWRAH-711006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cook

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

800 x 12 =

RS. 9600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी आयकर संख्या

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

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

Yes / No

हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	USHA MONDAL	57	F	SELF
2.	AJIT MONDAL	62	M	HUSBAND
3.	AJIT MONDAL	33	M	SON
4.	UMA MONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी रेखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययिकाता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE
2.	SURGERY LE (SICS+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 राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा 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, 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 प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा सत्य नहीं बताने के लिए गलत जानकारी दी गई हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में, किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिले और न ही भविष्य में मिले।

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/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 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 प्रमाण पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को सही बता रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रमाण पत्र में दिये हैं, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, घर, स्वास्थ्य सेवा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। ये प्रमाण पत्र विवरण को प्रकाशित करने या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टियों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है सुनिश्चित है सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण पत्र से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अंश में नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता की कमी को किसी अन्य स्रोत से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमारा निर्णय हमारे रोगी के मामले में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने से नहीं प्रभावित होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता दी जाएगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्राप्त और अपने मामले को सही दिशा में लेने एवं हस्पताल की सेवा और "कोशिका" की कोई भी सुविधा या सुविधाएं इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संमति (स्वीकृत/निरस्त का विवरण लगाएं)

ACCEPTANCE

समर्थ

REJECTION

नकार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

04/09/17

Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. - 58098
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED समर्थ	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाहाबादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाहाबादी