

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0846

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04.09.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MINA MUKHERJEE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SIDHR MUKHERJEE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

811, RAHITYA PARISHAD STREET, KOLKATA,
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. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	MINA MUKHERJEE	68	F	SELF
2	SIDHR MUKHERJEE	72	M	HUSBAND
3	JAYA MUKHERJEE	63	F	DAUGHTER
4	SANTU MUKHERJEE	40	M	SON
5	SANTANU MUKHERJEE	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे ड्रॉउन पर (अपना पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आंक वर्ग ड्रॉउन पर (अपना पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (अपना पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसी गई सहायता राशि

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, if applicable 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इसे भी आधारित सिद्ध नहीं जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की रिफंड नहीं करूँगी और न ही भविष्य में करूँगी।

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/republish 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्रों, वीडियो, ऑडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरहों से सार्वजनिक करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पैसे या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने और सहायता के संबंध में अंतिम निर्णय और सहायता का फैसला होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से यहाँ दिये गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउंडेशन से सहायता हेतु प्रार्थना करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी ज़िम्मेदारी नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे या हमारे द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के चयन में कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। हमारे या हमारे द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के चयन में कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। हमारे या हमारे द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के चयन में कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निरास लगाने)

ACCEPTANCEसम्पूर्ण *Shih Sankar Bagchi***REJECTION**

सम्पूर्ण

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

04.09.18

Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 58058
Koshika Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shih 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 (अंदरूनी उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नयाँ हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नयाँ हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

सम्पूर्ण

REJECTED

सम्पूर्ण