

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0764

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

OSMANALI MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SULTAN MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BROTHUR PASCHIMPARA (AMINURPARA O GANDANA)
CHAMPAPUR, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS,
743291, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : पैन 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 / हाँ

No / 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.	OSMANALI MANDAL	76	M	SELF
2.	FATEMA MANDAL	70	F	WIFE
3.	MURUL MANDAL	48	M	SON
4.	RABIUL MANDAL	45	M	SON
5.	PIROTH MANDAL	42	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC 3.4101)

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 कई गई सहायता राशि

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता अथवा सच नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त करूँगा, जो कि मेरे लिए अनिवार्य है, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया जा रहा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की जा रही है, इस सहायता का उपयोग मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के तहत नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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 प्रकरण पर मेरी सहमति या अस्वीकार्यता की जायगी, मैं (अर्शक) अपनी साक्ष्यता को दृष्टिगत करके "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो कि "कोशिका" फाउंडेशन, द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, डॉक्टरों द्वारा, अन्य स्रोतों से प्राप्त जानकारी के लिए किया जा रहा है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उपलब्ध कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न जारी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली 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, हस्ताक्षर की जायगी, हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर पर नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करता है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा ही प्राप्त सहायता या किसी अन्य स्रोत/प्रक्रिया का सुझाव देने का अधिकार नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकरण का कोई सच नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में हमारे पास सहायता और जाने जाने की जायगी कि हमारे पास ही सहायता की जायगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

सिफारिश (स्वीकृति/निरास्त का निश्चयन सहायता)

ACCEPTANCE

समर्थ

REJECTION

अस्वीकार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09.09.18

Dr. Arvind Kumar
M.D., F.R.C.S.
F.R.C.S. (S) (Gen. Surg.)
Small Eye Foundation & Koshika Foundation
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Arvind Kumar
Director
Small Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

समर्थ

REJECTED

अस्वीकार