

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0917/0967		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 09.09.17	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		CHHAMSEM MANDAL		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 67	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		MONAJAT MANDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता NEOTRA DIGHI PURBA PURB, DHAYABLA GASTIRHMI-1 BHADLA, NORTH 24 PARGANAS, 743422, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय : UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		NIL (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. : यदि खाली छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
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	CHHAMSEM MANDAL	67	M	SELF	
2	ABUL MANDAL	40	M	SON	
3	KALIMA MANDAL	37	F	DAUGHTER	
4	TASLIMA MANDAL	35	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आवृत्ति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आवृत्ति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की आवृत्ति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विषयों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + TOI)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कई गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के माध्यम से मुझे वित्तीय सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रसारण मेरे प्रकरण के बारे में या मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" को प्रचारित करने के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रसारण मेरे प्रकरण के बारे में या मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के 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, हमारा यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हस्पताल) को सहायता से प्राप्त न करे।
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं (हस्पताल) और मेरी भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जा रहा है। मेरे नाम का प्रसारण मेरे प्रकरण के बारे में या मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है। मेरे नाम का प्रसारण मेरे प्रकरण के बारे में या मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION अपूर्ण
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Arindam Datta MBBS, DLO, FRCS Reg. (M.S.) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हमारे डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shikhar Bhatnagar Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा उपयोग के लिए)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED अपूर्ण		