

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : K/1017/1006 APPLICATION DATE: 05.10.17

NAME of APPLICANT : MIJANUR MANDAL AGE-YEARS : 44 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JULFIKKAR MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PHALEYA, GOPAL NAGAR 1, NORTH 24 PARAGANAS, 743262, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1500 x 12 = 18,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MIJANUR MANDAL	44	M	SELF
2.	AMBIYA MANDAL	37	F	WIFE
3.	NASMIN KHATUN	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे शामिल पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित 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 है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी उद्देश्य के लिए

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती 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 सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे विभिन्न और उपायों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे इलाके के पता या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इससे घोषणा करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपायों के लिये अंतिम और अचलकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से घोषणा करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है। यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हमारा हॉस्पिटल अपने अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमारा हॉस्पिटल पूर्ण रूप से उत्तरदायी होगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम हॉस्पिटल द्वारा ही नहीं प्रदान करने के लिए उत्तरदायी हैं। इसलिए हॉस्पिटल में उपचार चुनने और करने के लिए जिम्मेदारी हमारे हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.10.18	<i>(Signature)</i> MBBS. MS. Mr. Anil Kumar Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, नं.	<i>(Signature)</i> Sankar Bagchi Director Central 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 के लिए)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाका 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त	<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>