

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(संवाक्येषु दैत्यभालः)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. : source sheet : K/1017/1009	APPLICATION DATE : source find : 05.10.17
---	--

NAME of APPLICANT : SARVE (B) 102	AGE-YEARS ३०-३५	SEX १०५
FATLU MANDAL	57	M

FATHER/SPOUSE'S NAME : AYTAI MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **FALEYA, SHRIAMPUR, GOPALNAGAR,**
NORTH 24 PARGANAS, 743262,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME : $Rs. 1600 \times 12 = 19,200/-$ (Attach Proof of Income)

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)

Yes / हाँ	No / नहीं
☐	☒

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 BASIS of first level support

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EVIS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सादरगत हेतु विधि एवं विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 लिये गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 पर पुष्टि करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच माना जायगा तब मात्र है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके किसी भी हिस्से, उस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिये हूँ और न ही लिये में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200 W-9)

- 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/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 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 द्वारा मैं अपने इलाका या क्षेत्रों को जान लानकर, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार में प्रकाशित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, पत्र, पत्रिकाएं द्वारा इत्यादि से मुझे पीसिटीयों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सफल से प्रवर्धित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विषय मेरे इलाके के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहायता के इत्यादि से प्रवर्धित है मुझे नहीं। सहायता का इलाका नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संकेतक को इकायक या संकेतक का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH DO NOT)

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.

बड़े अविद्या, ब्रह्मजी की ओर से मान्य-प्रेमी को "ब्रह्मिण्य पराजयते" से विदित कराया हेतु विचारित की गयी है, जिसे हम (हामयज्ञ) फिर प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION समन्व
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.10.18	 DR. ANIL KUMAR MBBS, MCh (Ophthalmology) Reg. No. 34789 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 Dr. Anil Kumar Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु			
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED समन्व	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
			