

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

K/1017/1039

APPLICATION DATE:

07.10.17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

SABITA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

F

आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

DIJANKANTI MANDAL

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

DAKSHIN PARAGUMTI, DAKSHIN PARA,
KALITOLA, HINGALGANJ, NORTH 24
PARAGANAS, 743439, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

HOUSE WIFE

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

(Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाते संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	SABITA MANDAL	47	F	SELF
2.	DIJANKANTI MANDAL	53	M	HUSBAND
3.	BAPPADITTA MANDAL	23	M	SON
4.	ANIMESH MANDAL	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 गये विपत्ति 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 (SLCS + 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 कौी गई सहायता राशी

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 any, liable 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन होगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र से नहीं ले रहा हूँ, जो कि भविष्य में भी नहीं लेगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बेड कर सकते हैं, पत्र, पत्रिकाएँ, दूरदर्शन से जुड़ी पेशीयताएँ और वीडियो के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के बारे में बताता है जो कि मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रसारित है। मुझे पता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड करने वाले को निर्णय लेना और स्वीकार करना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की 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 की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य सहायता से इस रोगी/रोगी के लिये मदद नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिये मदद से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कहेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना स्वीकार/प्रक्रिया हेतु मदद की बिना मदद है तो हमारा बिना अन्य किसी सहायता से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि सहायता सिर्फ वित्तिय मदद के लिये है और "कोशिका" की कोई भी मदद या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता के लिये प्रदान की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही प्रदान करने के लिये जिम्मेदार हैं और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बिना किसी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रदान की जाती है। हमारे यहाँ की ओर से मदद हेतु प्रदान की जाती है और "कोशिका" की कोई भी मदद या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09.10.18

Dr. Alok Agrawal
MBBS, MS, FRCS (S), FRCOphth
Reg. No. 12786
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका का पता दें

Sankar Bagchi
Director
Koshika Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
आरोपित इलाका 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
आरोपित इलाका 2SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
निरस्त