

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/10/7/1069

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MONORANJAN MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

77

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LAKSHMIKANTA MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO- 138, ASHARU, NORTH 24

PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सॉफ्ट कॉपी संलग्न करें

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 से संबंध
1.	MONORANJAN MANDAL	77	M	SELF
2.	ANITA MANDAL	70	F	WIFE
3.	PROSANTA MANDAL	47	M	SON
4.	PRODDUT MANDAL	44	M	SON
5.	PANKAJ MANDAL	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सोपी नकल के साथ संलग्न करें (अपना पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपना अपन कॉपी संलग्न करें (अपना पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (अपना पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करना)

- 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, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी रूप में, इस रकम का उपयोग या वापस मिलान, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के लिए नहीं 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 its 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 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 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ सहमत और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, कक्षाओं द्वारा इंटरनेट से कुछ पत्रिकाओं और उपकरणों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट है: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को अंतिम और अनिवार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ठ 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 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, हमारी ओर से प्रस्तावित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि सहायता पूर्णतया या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारी ओर से है और इससे कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हमारा दायित्व रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए पूर्ण रूप से हमारे पास है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाने)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

11.10.18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

ACCEPTANCE

मान्य

REJECTION

निरस्त

Shyamsankar Dasgupta
Director
Sudhaya Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आरोपित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आरोपित हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरस्त