

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/1017/1080 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12.10.17 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : ANNADA MAL आवेदक का नाम :		AGE-YEARS 88 वय-वर्ष :	SEX M लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KALIPADA MAL पिता/सहोदर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MALPARA, KOLKATA (MC) R.C. THAKURANI, KOLKATA 700029, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी आवासीय पता :				
OCCUPATION : UN EMPLOYEE व्यवसाय :				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : आय कर पत्र संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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.	ANNADA MAL	88	M	SELF
2.	SUBHS MAL	60	M	SON
3.	ALLADI MAL	57	F	DAUGHTER
4.	BHAGABATI MAL	53	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र 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 शी गई सहायता राशी		

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 a 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 प्रत्येक 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- 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/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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये दूरदर्शन से प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रत्येक में बताया गया उद्देश्य के पूर्ति के लिये उपयोग है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे उपचार के लिये या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपलब्ध होने के अतिरिक्त मैं स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य मानूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/उपरोक्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अतिरिक्त सहायता से प्राप्त नहीं की जायेगी, तो हमें सहायता की पूर्ति के लिये किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारा निर्णय हमारे उपाय के लिये सिफारिश की गयी सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं प्रभावित होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे या हस्पताल द्वारा दी गयी सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं होगा। इसलिये हस्पताल में उपचार के सम्बंध में हमारे या हस्पताल की ओर से "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निस्तार का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

सम्पूर्ण

REJECTION

सम्पूर्ण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12-10-18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O. FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Dr. Anurag Bagchi
Director
(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
आजी इलाक़ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आजी इलाक़ 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
अस्वीकृत