

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of the

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1093

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BINA MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

ANIL MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBA SANGRAMPUR FATHER PARA,
SANGRAMPUR SHILGHATI, BASIRHAT, NORTH 24
PARGANAS, 743524, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

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

Yes / No

हाँ / नहीं

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

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.	BINA MANDAL	65	F	SELF
2.	ANIL MANDAL	63	M	HUSBAND
3.	BABU MANDAL	40	M	SON
4.	NAPITA MANDAL	37	F	DAUGHTER
5.	SOLATA MANDAL	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (STIC + 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 जो यह सहायता रही

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही 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 सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में और न ही वर्तमान में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "उद्देश्य" के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करने के लिए हैं, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्य से प्रयोग नहीं किया जा सकता है। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

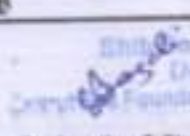
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में हम किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध की गई सहायता के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमारे अनुरोध की गई सहायता को पूर्ण नहीं करता है, तो हम इस अंतर को किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा के बिना हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता हमें मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना हमारे रोगी के उपचार के लिए हमारे हॉस्पिटल का कोई भी भूमिका नहीं होगी। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना हमारे रोगी के उपचार के लिए हमारे हॉस्पिटल का कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निराकरण लगावे)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION अपूर्ण
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13.10.18	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No.-50871 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पद	 Dr. K. Ghosh Director Koshika 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 (अन्तर्गत उपयोग के लिए)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य हस्ताक्षर 2
SANCTIONED सम्पूर्ण	REJECTED अपूर्ण		