

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: ५/०९१८/१२१३ APPLICATION DATE: ०८/०९/१८
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DURGA MONDAL AGE-YEARS ६८ SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOURANGA MONDAL
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ९२, CHAUL PATTY ROAD, KOLKATA - ७००१०, WEST BANGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: HOME MAKER MAILED (विकसित) / UNMARRIED (अविकसित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. SWAYI खाली संलग्न
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) 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	DURGA MONDAL	68	F	SELF
2	SANJIB MONDAL	५६	M	SON
3	SUNITA MONDAL	५१	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विकार 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 (SICSP101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्वी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं फलन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट्टा किया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब भविष्य में कहीं भी, इस सहायता का पूरा या आंशिक रूप में वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/चित्र की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एनएनएमसी, एन, एचएचएच द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने हेतु शारीरिक/चिकित्सा और वित्तीय/व्यापारिक के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्ष नहीं करता हूँ।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्ण सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएनएमसी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि मैं अभी और भविष्य में किसी भी सहायता हेतु सिफारिश नहीं कर रहा हूँ, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तिय सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त होना है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु मना नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु सिफारिश केवल वित्तीय सहायता के लिये है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय सहायता के लिये है। उपरोक्त हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर/हस्ताक्षर का चुनाव उपरोक्त हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरोक्त हस्ताक्षर सुरक्षित और उनके अपने को सारी जिम्मेदारियाँ उपरोक्त हस्ताक्षर की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सहायता में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/09/18</p>	<p>Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. - 55127 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर और नाम के साथ मुद्रा</p>	<p>Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर और नाम के साथ मुद्रा</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2</p>
	