

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1018/1284

APPLICATION DATE:

आवेदन दिती

01/10/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

DHRUBA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

SHASHTI MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

PACHA PARA, BANKRISHANAPUR, BASANTI,
SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सर्वोच्च संख्या

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

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

Yes / No

हां / 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.	DHRUBA MONDAL	73	M	SELF
2.	GIMATA MONDAL	66	F	WIFE
3.	PALASH MONDAL	44	M	SON
4.	PABITIP MONDAL	41	M	SON
5.	ANIMA MONDAL	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICCS + 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 इसे 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवादास्पद एवं भ्रमजनक आख्या प्रकाश है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं स्पष्ट रूप से सहायता प्राप्त "कारण" का उल्लेख करता हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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 प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या मोहरों को छान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायिता को पुरि करत हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ग्यासीयों" को अधिभुत करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसमें "कोशिका" एवम् ग्यासी, दार, चक्रवर्तय दूसरों उद्देश्य से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिले किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रभावित करने के लिए अधिभुत है। मेरे प्रश्न का विवरण की इसका के पहले के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व ग्यासी अधिभुत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायिता के उद्देश्य से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

Shreya Mondal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारी अधिकतम, इन्टरनेट की ओर से मांगते/देते को "डोमिनिक फाइब्रेशन" से विशिष्ट सहायक हेतु विचारों को जलते हैं, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संघान और न ही पब्लिश में द्वितीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उक्त ऐंग्रेजी नामों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलिका फाउन्डेशन" से शिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो आमतौर पर किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आमतौर पर द्वितीय मदद उक्त ऐंग्रेजी नामों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं भेज/सोपा।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ही या सहायता केवल विनिर्दिष्ट प्रयुक्ति को है। ऐंग्रेजी पर इन्सालत द्वारा ही यह सहायता या विनिर्दिष्ट उक्त के उक्त/प्रक्रिया का चुनाव ऐंग्रेजी एवं इन्सालत के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इन्सालत में ऐंग्रेजी के इन्सालत मूलतः और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी ऐंग्रेजी एवं इन्सालत को दोगे और "कॉलिका" को कोई प्रयुक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसृति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>01/10/18</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाकर का नाम और इलाका नंबर के साथ</p> <p><i>A. K. Kundu</i> MBBS, MS No. 55127</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसताल अधिकृत व्यक्ति के</p> <p><i>S. Singh</i> Surgeon MBBS, MS No. 55127</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाखर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाखर 2
	