

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/1218/1732

APPLICATION DATE: 05.12.18

NAME of APPLICANT: CHHABI MONDAL

AGE-YEARS 41

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: KHAGEN BODAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास

KARATBERIA, HOWRAH, JALIG, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION: COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1200 x 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर भर चुके हैं (को मान्य हो उक्त पर छड़ी का निशान 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 आपसे संबंध
1.	CHHABI MONDAL	41	F	SELF
2.	KHAGEN MONDAL	50	M	HUSBAND
3.	PALESH MONDAL	18	M	SON
4.	ASHOK MONDAL	19	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) लडकी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गए निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रातिपक्ष से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (JICV + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा है):

- 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 social/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले जाने वाले वित्तिय सहायता को अन्यथा के स्रोतों से प्राप्त करने का मैं नहीं चाहता हूँ। यदि कोई वित्तिय सहायता प्राप्त करता है तो वह वही सहायता प्राप्त करेगा जो कि इसमें है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं या मेरे परिवार को यह नहीं है, उस वित्तिय सहायता या अन्य वित्तिय सहायता के माध्यम से या किसी भी और न हो वित्तिय सहायता के माध्यम से।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा सहमति)

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/post-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 प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता माँगी गई है, के माध्यम से, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं।

2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के द्वारा या उनके द्वारा किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली की छाप

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और/या अंगुली की छाप देने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाणों के माध्यम से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम या हमारे किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता माँगे नहीं करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है, तो कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय सहायता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 58098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shibi Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION: (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक द्वारा हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक द्वारा हस्ताक्षर 2