

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K11248/1922		APPLICATION DATE: 12/12/18	
NAME of APPLICANT: MAYA MONDAL		AGE-YEARS: 73	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: SHAKAR MONDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NIKUNJ, BANGALURA, BANGKURA ROAD, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			

OCCUPATION: HOME MAKER	MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No	
आप आय करदाता हैं (को यहाँ से उचित चिह्न दें): 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 संबंध
1	MAYA MONDAL	73	F	SELF
2	SHAKAR MONDAL	72	M	SON
3	NIKUNJ MONDAL	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के होने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्ने चरने निशुद्ध का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से चरने की चरने प्रतिलिपि संलग्न
1	Diagnosis - CATARACT - LE.
2	Surgery - LE (Cataract)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी चरने सहायता चरने

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिये झूठ बोलना पड़ेगा तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को ध्यान में रखते हुए "कीटिका फाउंडेशन", से सहायता ले रहा हूँ, जिसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, या किसी भी भाग में, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के द्वारा उद्देश्य के लिये उक्त राशि के लिये कोई भी भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कीटिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उसे "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा यादों, छाप, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों जैसे कि ऑनलाइन या ऑफलाइन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी प्रार्थना के लिये या मेरे लक्ष्य के लिये "कीटिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रसारित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करेगा। इस प्रपत्र में "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी का प्रसारण अधिकृत और अनिवार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

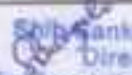
आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 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.
- हस्ताक्षर करके, हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत हैं:
- 1) कि हम (हॉस्पिटल) न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हम (हॉस्पिटल) को वित्तीय सहायता के लिये "कीटिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये अनिवार्य है। यदि "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा अनिवार्य सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) को वित्तीय सहायता के लिये अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में उल्लेखित है कि "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा अनिवार्य सहायता के लिये हम (हॉस्पिटल) को वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कीटिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हम (हॉस्पिटल) द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कीटिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। हम (हॉस्पिटल) द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "कीटिका फाउंडेशन" को कोई भी भुगतान या भुगतान नहीं करना है।

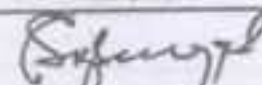
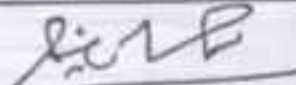
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with HSPMTH) डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर: 3656	 Shri Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इन्द्राज 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इन्द्राज 2 
---	---