

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K11248/199	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	12/10/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	MOHAN MAHATO	AGE-YEARS वयस-वर्ष	60
		SEX लिंग	M
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	DOMA MAHATO		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासी पता			
GHOSH BAGAN, 1ST ROAD, KHAMRASH NARAYAN, 2A PARGANAH, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासी पता			
- AS ABOVE -			

OCCUPATION: व्यवसाय	UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. (आपका PAN संख्या)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को यांचे वरिचे मध्ये एक चिह्नित करावे)			
		Yes / No हो / नाही	

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 से क्या संबंध
1.	MAHAN MAHATO	60	M	SELF
2.	DIYA MAHATO	51	F	Wife
3.	SURABH MAHATO	22	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी रेशा की प्रतिलिपि संलग्न करें (सहायता के लिए इसका प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (सहायता के लिए इसका प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (सहायता के लिए इसका प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी डॉक्टर की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (Surgical)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख सहायता पदवी

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 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 प्रकरण में मिले जाने वाले वित्तियन सहायता के सम्बन्ध में मेरे द्वारा दिये गये सभी विवरण सत्य और सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरे प्रकरण को निरस्त कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना की है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी रूप में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता लेऊँगा और न ही किसी भी प्रकार की सहायता लेने की कोशिश 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 it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रकरण में मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (अर्शक) कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी को सहमत करता हूँ कि वे "कोशिका फाउण्डेशन" और इसके ट्रस्टी को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना की है, के माध्यम से, जिसके द्वारा वे सहायता के लिए प्रार्थना कर रहे हैं, को प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकरण में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के प्रसारण से पहले या बाद में मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए मेरी सहायता के लिए प्रार्थना की जा सकती है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के प्रसारण से मेरी सहायता के लिए प्रार्थना के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी को इस बात का फैसला करना होगा कि मेरी सहायता के लिए प्रार्थना की जा सकती है या नहीं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इससे अधिक, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा इस मामले/रोगी के लिए कोशिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हमें कोशिका फाउण्डेशन से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है, कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है। यदि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है, तो हम कोशिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इससे अधिक, हम स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और कोशिका फाउण्डेशन के बीच रोगी के उपचार का फैसला रोगी और हस्पताल के बीच होता है और इससे कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को प्रभावित नहीं करता है। कोशिका फाउण्डेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी को कोशिका फाउण्डेशन से सहायता मिलेगी या नहीं। कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है। कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है। कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	(Name of Dr. & Designation) हस्ताक्षर का नाम व पद Shanker Nag MD (ENTH)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory for benefit of Hospital) हस्ताक्षर का नाम, पद और हस्ताक्षर Shri Sankar Bagchi Surgeon Sankar Eye Foundation & Research Centre
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ति हस्ताक्षर 2
(Signature)	(Signature)