

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 5/1218/1977		APPLICATION DATE: 13/12/18	
NAME of APPLICANT: GULAB MAHATO		AGE-YEARS: 80	SEX: M.
FATHER/SPOUSE'S NAME: POBAN MAHATO.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 69A BANGHARATIA STREET KOLKATA 700003. WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -			
OCCUPATION: UNEMPLOYED.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)	
PAN No. XXXX XXXX XXXX			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
हां/नहीं		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 संबंध
1.	GULAB MAHATO	80	M	SELF
2.	POBAN MAHATO	80	F	WIFE
3.	CHANDRA MAHATO	80	M	SON
4.	SURAB MAHATO	25	M	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिए कौन सा आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा को, दोबारा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	
सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़े को किसे प्रमाणित करने के लिए
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.
2.	SURGERY - R.E. (SUCCESSION)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES		
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

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 नहीं माना जाय तो यह प्रपत्र निरस्त हो या खारिज हो।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद के लिए या भविष्य में, किसी भी रूप में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी, के द्वारा किसी भी प्रकार की मदद/पैसे/रकम का उपयोग 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/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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को यह अधिकार प्रदान करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए, जिसके लिए मदद मांगी/दिली जा रही है, किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह, के माध्यम से कॉशिका फाउंडेशन को दानों को आमंत्रित करने के लिए या कॉशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी प्रकार का उपयोग मेरी मदद मांगी/दिली गई उद्देश्य के लिए, जिसके लिए मदद मांगी/दिली जा रही है, मेरी मदद मांगी/दिली करने के लिए स्वतः ही अधिकार प्रदान नहीं करता। मदद मांगी/दिली करने का फैसला कॉशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा किया जाएगा, और उनके फैसले में मेरी सहमति होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे प्राधिकृत अधिकारी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वे इस (रोगी/रोग) के लिए सहायता प्रदान करें।
- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं मांगेंगे, जो कि हमारे रोगी/रोग के लिए है, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से मांगी/दिली जा रही है, जिसके लिए मदद मांगी/दिली जा रही है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी/दिली गई मदद हमारे रोगी/रोग के लिए पर्याप्त नहीं है, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरक करने के लिए स्वतंत्र होंगे। यह पुष्टि करता है कि हमारे रोगी/रोग के लिए मदद मांगी/दिली करने का फैसला हमारे रोगी/रोग के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी/रोग के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी/रोग के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय होगी। रोगी/रोग के उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी/रोग के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी/रोग के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर है, जो कि हमारे रोगी/रोग के चिकित्सा आवश्यकताओं के आधार पर है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/12/18	Dr. A. Kundu MSBS, MS Reg No.-55127 (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे रोगी/रोग के लिए मदद मांगी/दिली करने वाले व्यक्ति का नाम, पद, इलाका और अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2