

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: ५१२४१९९४

APPLICATION DATE: 14/12/18

NAME of APPLICANT: ARATI MONDAL

AGE-YEARS ६१

SEX F

FATHER/SPOUSE'S NAME: PRAHALAD MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बंगल आवासीय पता

ULWARSABA, HAORA, MAHARAJ WEST
BANGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आपका आय प्रमाण)

PAN No. ५५५५ ५५५५ ५५५५

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आपका आय कर दाखल है (को भुगतान हो रहा है या नहीं का विवरण दें)Yes / No
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 से संबंध
1	ARATI MONDAL	61	F	SELF
2	SANKAR MONDAL	53	M	HUSBAND
3	ADIP MONDAL	36	M	SON
4	ADUL MONDAL	33	M	SON

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु देने के निम्न कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सम्बन्धित/प्राप्ति के साथ जोड़ने की प्रतिलिपि सुची
1	DIAGNOSIS - ARTERIAL HTN
2	SURGERY - Lc (SPECTRAL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 यहाँ बताना 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 इसे भी प्रपत्र निरस्त हो जायेगा।
- 2) मैं इस बात को यकीनपूर्वक "बोद्धि" कर रहा हूँ, कि यदि मेरी मदद कोशिका फाउंडेशन से मिलेगी, तो मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस मदद का उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस मदद से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कंपनी, से इस मदद के लिए किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

- 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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी "बोद्धि" कर रहे हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दिये जा रहे हैं, जो कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी के द्वारा मेरी मदद के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं।
- 2) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या मुद्रा

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

- 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.
- हम यहाँ स्वीकार करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए प्रपत्र भर रहे हैं, जो कि हमारे रोगी के लिए है।
- 1) मैं यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं या मेरा हॉस्पिटल कोशिका फांडेशन से वित्तीय सहायता के लिए प्रपत्र भर रहा हूँ, जो कि हमारे रोगी के लिए है।
- 2) कोशिका फाउंडेशन की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/12/18	D.K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 Surgeon, Eye, Cataract & Refractive Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम	Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यक्ष का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यक्ष का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>
--	--