

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. : 41128/2007		APPLICATION DATE : 14/12/12		
NAME of APPLICANT : LAKSHINDAR MANDAL		AGE-YEARS : 51	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SANTOSH MANDAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RAKHA BAKSHINPURA KHASIALANDA HARGA NORTH 24 PARGANAS 743485, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AC ABOVE				
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (निर्वाहित) / UNMARRIED (ननिर्वाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	LAKSHINDAR MANDAL	51	M	SELF
2	LAXMI MANDAL	59	F	WIFE
3	SUNDEB MANDAL	85	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.			
2	SURGERY - RE (SUCCESSFUL)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED		

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी प्रार्थना और सहायता, यदि कोई हो, निरस्त हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को ध्यानपूर्वक जानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करना होगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कंपनी, से इस सहायता के लिए किसी भी अन्य प्रकार की सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा जा सके, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकें और कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैला सकें। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा प्रयोग किया जा सकता है, जो मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला कर सकते हैं। मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा किया जाएगा, जो मेरी स्वीकृति और अनुमति के बिना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे 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.

इससे अधिकतर, हमारा यहाँ हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन से मांगी गई सहायता के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम इसे अन्य स्रोत से पूरा कर सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए है कि कोशिका फाउंडेशन को हमारे द्वारा मांगी गई सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं मिलनी चाहिए।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का निर्धारण हमारे और रोगी के बीच है, जो कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे द्वारा उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का निर्धारण हमारे और रोगी के बीच है, जो कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/12/18	Dr. K. Ghosh MRS. D. D. GHOSH, FRCS Reg. No. - 50971 S (North Eye & Plastic) Research Centre हॉस्पिटल का नाम व इलाका व पिन कोड	Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे नाम पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाहाबादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाहाबादी
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>