

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/12812040

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

13/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

HARUN RASID MONDAL

AGE-YEARS अनु-वर्ष

30

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

MATLEB MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

SHAKTIGAR GRAM, SHAKTIGAR BAZAR,
GURDWAR-II, GURDWARAN, 715149,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्नित करें)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1.	HARUN RASID MONDAL	30	M	SELF
2.	MONOWARA DEB CH	50	F	WIFE
3.	MOJIBBIN MONDAL	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कौन सी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा से नीचे आय पर (उपलब्ध पर को प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय पर (उपलब्ध पर को प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर को प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रमाणित प्रतियाँ
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC 8710L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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/termination.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दिये गया होगा तो मेरी आवेदन पत्र तथा यदि मैंने कोई सहायता प्राप्त की हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही किसी भी और न ही सहायता के लिए आवेदन करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका" फंडिंग के माध्यम से, दान, समर्थन प्राप्त करने के लिए लोगों को प्रेरित करने के लिए और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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 स्वीकृति देते हैं, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम स्वीकार करते हैं कि हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया का चुनाव हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Anil Kumar MD, FRCS, FRCR, FRCR Reg. No. 112, 2018 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, इ.	Dr. Anil Kumar Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2