

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

K11248/2018

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि :

17/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम :

CHABI MANDAL

AGE-YEARS / आयु-वर्ष :

63

SEX / लिंग :

F

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

GOPINATH MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता :

KHODIRAM SARENI SOUTH DUMDUM, KOLKATA NAGAR, NORTH 24 PARGANAS, 700065, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता :

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय :

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय :

NIL

(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण संलग्न करें

PAN No. / PAN संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (को जो भी लागू है उस पर 'X' चिह्नित करें)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध
1	CHABI MANDAL	63	F	SELF
2	GOPIKISHAN MANDAL	90	M	SON
3	PRASANTA MANDAL	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए दिए गए आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / एच.डी. कार्ड का प्रमाण पत्र (सहायता के लिए प्रमाण पत्र संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग प्रमाण पत्र (सहायता के लिए प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (सहायता के लिए प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु दिने गए निराले का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली है या नहीं से विचार करें

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कितनी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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/revocation.
 - 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.
 - 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य सत्य सत्य सत्य है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध होगी कि मेरी प्रार्थना सही है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं की है और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
- 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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त की जा रही है, जिसके लिए मैंने सहायता प्राप्त की है। इस सहायता के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत किया है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित करने के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य केंद्र द्वारा स्वीकार)

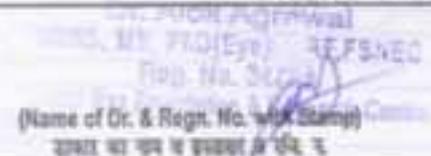
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.

- इसमें अधिकृत, इसकाठी के अंतर्गत के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (स्वास्थ्य केंद्र) सिद्ध प्रमाण के साथ स्वीकार करते हैं।
- यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रयास नहीं करेंगे, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकार के सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया जाता है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। उपचार के चयन और प्रक्रिया का चयन केवल रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जाता है और इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए स्वास्थ्य केंद्र को सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार करने के लिए अनुमति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 12/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) स्वास्थ्य केंद्र का नाम व स्वास्थ्य केंद्र का पता	 Shib Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) स्वास्थ्य केंद्र का नाम व स्वास्थ्य अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपक 2
