

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

4/12/2018

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

19/12/18

NAME of APPLICANT :

अवेदन का नाम

SACHIN MONDAL

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

CHANDRAKANTA MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

 76, HENTALHARI, PRESIDENT PRA HENTALHARI,
 SUNDARBAN, COASTAL, SOUTH 24 PARGANAS,
 748328, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास 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. : स्थायी आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

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 अवेदन के साथ संबंध
1.	SACHIN MONDAL	65	M	SELF
2.	WIFE MONDAL	33	F	WIFE
3.	AKASH MONDAL	30	M	SON
4.	KABITA MONDAL	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विवेक के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED सी गई सहायता राशि

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 जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या उसके बाद किसी भी रूप में, इस प्रपत्र या अतिरिक्त या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी, के द्वारा प्रदान की गई मदद के लिए किसी भी प्रकार की वापसी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 (अर्शक) अपनी घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्र, प्रकाशन या अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करें और इसके माध्यम से मेरी छवि और विवरणों का उपयोग करके "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मदद को प्रचारित कर सकें।

2) मैं (अर्शक) इससे सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए प्रसारित करने का अधिकार केवल "कोशिका" द्वारा इसके भरोदारों के पास होगा। इस प्रपत्र पर "कोशिका" द्वारा उल्लेखित उद्देश्य के लिए मदद मिलने की पुष्टि करने का निर्णय केवल और अंतिम होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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:

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गए हस्ताक्षर/अंगूठे के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव को स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे हमें स्पष्ट करना चाहिए कि "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है। मैं (हॉस्पिटल) इससे सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/18	Dr. Dhananjay Giri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

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