

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/1218/2101 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 19/12/18 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : TARAPADO MANDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 65 वर्ष	SEX : M लिंग
FATHER/SPOUSE'S NAME : JOHN MANDAL पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता WEIDASPUR PARA 3RD CROSSROAD, SOUTH 24 PERGANA, 743348, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता AS ABOVE			
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : [Blank] आय कर पैन संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं): Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	TARAPADO MANDAL	65	M
2.	TARAPADA MANDAL	58	F
3.	KANJIT MANDAL	35	M
4.	TITHI MANDAL	24	F
5.	SILPA MANDAL	21	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार का चयन करें			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)			
Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लक्ष्य है किसी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से पाए गए चिकित्सा सुची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2.	SURGERY - RE (PROSTHESIS)		
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवगत दूँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया, के लिए प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" दम्प, पत्रिका, पत्र, कचनकम द्वाारा उत्पन्न के मुद्री विडियो/फोटो और प्रसारण/वेब के लिने बिना मेरी इस सहमति के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इसमें के बारे में मेरे के बारे में लिख "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत मेरे अधिकृत है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस प्रपत्र में "कोशिका" दम्प, पत्रिका, पत्रिका या फिलिम प्रसारण और कचनकम के द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रपत्र पर नाम न लौटाना करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने के लिए या से ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/प्रक्रिया के लिए सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर की बिना प्राप्त है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि हमारा वित्तीय प्रदान सहायता के लिए बिना किसी भी सहायता के बिना किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/पान करते हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इसे या हस्पताल द्वारा ही नहीं प्राप्त या बिना गैर-अधिकृत/प्रक्रिया का प्रदान करने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बिना प्रदान का कोई प्रदान नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेने के प्रदान द्वारा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की लेने और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस प्रपत्र में नहीं लेनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/18	(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Dr. Anjanjay Giri हस्ताक्षर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Shib Sankar Bagchi हस्ताक्षर का नाम और पद के साथ छाप
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2