

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **4/12/18/2108** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **20/12/18**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : **SUBRATA MONDAL** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : **50** SEX / लिंग : **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **BIRENDRA NATH MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : **CHA STAR, SANARPUR, SOUTH 24 PARGANAS, JALDUH, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय : **CONTRACT LABOURER** MARRIED (निर्धारित) / UNMARRIED (निर्धारित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **RS. 2000 x 12 = 24,000/-** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : **ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / आयकर दाता हैं (को सही ढंग से टिक करें)** Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / सदस्य के नाम का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ संबंध
1.	SUBRATA MONDAL	50	M	SELF
2.	ANIMA MONDAL	44	F	WIFE
3.	UDITAM MONDAL	22	M	SON
4.	GOUDAM MONDAL	19	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निम्न आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पर को साथ डालें संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पर (प्रमाण पर को साथ डालें संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पर को साथ डालें संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़े को यह प्रमाणित करने के लिए संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RP
2.	SURGERY - RP (SIC & IOL)

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

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो यह सहायता प्रदान

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक सहायता के लिए)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही-सचवादी में सत्यता से सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान देना या कतई भी गलत बयान देना होगा तो मेरे सहायक निरस्त हो जा सकते हैं।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बतलाया गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या इसके बाद में, किसी भी रूप में, इस रकम का वापस मिलान या अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करने के लिए या इसी रकम के लिए नहीं आश्रित हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक सहायता के लिए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) अपनी छवि को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा याद में, दूर, वास्तविक रूप में, अर्थात् वे मुझे प्रोत्साहित करें और जानकारी के लिए किसी भी उपाय अपनाते हैं। इस प्रकार का विवरण को प्रकाशित करने से पहले या बाद में मेरे सहायक को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा अपने भरोसे को निर्णय लेना और सचवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थीक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature in blue ink)

AGREEMENT by HOSPITAL (एम्बुलेंस सहायता के लिए)

- 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 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 यहाँ की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से काम में सहमत हैं।
- (1) वह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सचवादी स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या इसी स्रोत से नहीं लेते हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रति उपाय के सहायक में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/अवगत है, तो हमें अपने सहायक को किसी अन्य स्रोत से सहायता देने का अधिकार प्रदान करता है। इस प्रकार हमें स्पष्ट करना चाहिए कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा ही यह सहायता किसे लेने उपाय/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में हमें को सहायता प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करने के लिए सिफारिश करने का अधिकार है और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>20/12/18</p>	<p><i>(Signature)</i> Dhananjay Gili MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Surgeon in Charge, Koshika Foundation Centre</p>	<p><i>(Signature)</i> Shib Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अनुमति देने वाले अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक सहायता के लिए)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थीक सहायता 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थीक सहायता 2</p>
<p><i>(Handwritten signature)</i></p>	<p><i>(Handwritten signature)</i></p>