

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

K/0110/2282

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/01/19.

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

KAMALA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

NITISH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

SHEB SAKHA MITRA SARANY, GHEE PURUR-
DHAR, SHIMPALA, ISHERAM, NORTH 24
PARAGANAS 743411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. : क्या है/ नहीं है

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	KAMALA MONDAL	64	F	SELF
2.	MITA GHOSH	41	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

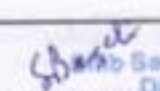
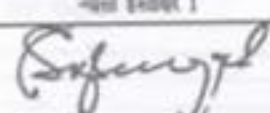
सहायता हेतु देने वाले किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED लेनी 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया था कि उसे नहीं प्राप्त किया जा सकता है। 2) मैं इस बात को सत्यापन एवम् "कोशिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण हेतु वह अन्यत्र नहीं जा रहा है, उस एवम् का अधिकार या प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष किसी अन्य सोर्सिस्/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है 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 & 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा की जायज साधक, मैं (आवेदक) आपकी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यम, दूर, संचारण एवं उत्प्रेषण से कुछी सीमित/विशेष और प्रसारित/वितरित के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण मेरे हस्ताक्षर के साथ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रमाण के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सत्य। प्रमाण का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रमाण में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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. इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मालुम/सही की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साधक से मांगना या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्त/सहायता/उत्तरा का उद्देश्य मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साधक से मांगना या किसी अन्य संचारण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मांग उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और साधक से मांगना या किसी अन्य संचारण से नहीं लेना/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही मांग जाता या लिये गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर/मुद्रा और अपने अपने को सही सिमिलरी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 04.01.2019	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 