

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0119/2286

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05-01-2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ALOKA MAHATO

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

TAPAN MAHATO

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PHASE NO 141, BATHPUKUR GOSSETT ROAD, NORTH-
24, PARAGHATAS, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास 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 संलग्न)

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 / हाँ

No / 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.	ALOKA MAHATO	58	F	SELF
2.	DULAL MAHATO	94	M	SON
3.	SATYADEV MAHATO	81	M	SON
4.	DEV KUMAR MAHATO	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निवृत्ति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले को भरना है):

- 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 नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफंड लेऊँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले को भरना है):

- 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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करें, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस बात का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगी जा रही है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को भी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

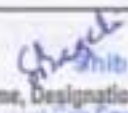
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल को भरना है):**

- 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 के माध्यम से, हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण के सम्बन्ध में स्वीकार्य करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये माँगा जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई सहायता पूर्णतः नहीं दी जाती है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम स्वीकार्य करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा और हमारे द्वारा चयनित उपचार/प्रक्रिया का चयन हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था के अनुसार होगा, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल वित्तीय उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के आधार पर, हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चयन हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था के अनुसार होगा, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2017	 Shankar Nag MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. Not with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकरण संख्या	 Ansh Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम, पद और हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का मुद्रा
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले को भरना है)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
