

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : <u>4/1119/1969</u>		APPLICATION DATE : <u>4/11/2019</u>			
NAME of APPLICANT : <u>BALU MONDAL</u>		AGE-YEARS <u>58</u> SEX <u>M</u>			
FATHER/SPOUSE'S NAME : <u>SIPRA MONDAL</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>1A BAPUJI NAGAR COLONY, BLOCK D, KOLKATA 700092, WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : <u>UNEMPLOYED</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS 1500 X 12 = 18000/-</u>		(Attach Proof of Income)			
PAN No. <u>SWAPN MONDAL</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
YES (जो मध्यम हो उस पर सही का निशान लगावे)		NO (जो मध्यम हो उस पर सही का निशान लगावे)			
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.	BALU MONDAL	58	M	SELF	
2.	SIPRA MONDAL	54	F	WIFE	
3.	BACRU MONDAL	27	M	SON	
4.	SWAPAN MONDAL	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Card Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूषी संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या	1. <u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>				
	2. <u>SURGERY — RE (SICS + IOL)</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी		

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या कमतर दिस्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

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 its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक प्रकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकृति है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के अनुसार विवरण और सहायता प्रदान।

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु विवरण की जाति है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/प्रकृति प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण सहायता/प्रकृति हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा विवरण अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नई सहायता केवल विवरण प्रकृति की है। उद्देश्य पर हस्ताक्षर द्वारा ही नई सहायता या किसी गैर-व्यवसायिकता का चुनाव उद्देश्य एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में उद्देश्य के हस्ताक्षर द्वारा और अपने अपने को सही विवरण हेतु एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" की ओर पुष्टि या विवरण हेतु सहायता में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/11/2019	Dr. Neha Nishi Karan MD, DNB Reg. No. - 63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	Dr. E. G. Bhat Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--