

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/1986** APPLICATION DATE: **5/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **KHAGEN MONDAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **67** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **RABIKANTO MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता: **TAKI, NORTH 24 PARGANAS 743929, WEST-BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS 1900 X 12 = 22800/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या: **XXXXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): YES / NO

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	KHAGEN MONDAL	67	M	SELF
2	SHARATI MONDAL	65	F	WIFE
3	PKASIP MONDAL	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनियम आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) / परिवारिक रेशन कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / वरिष्ठता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किन्से कार्य विनियम का उद्देश्य: **Medical Reports/Prescriptions Attached**

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से कोई भी सहायता मिलेगी, तो वह केवल इस प्रारूप में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कोई भी सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

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/print-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" के लिए है, जिसके लिए मैंने सहायता प्राप्त की है। कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करके कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन के उद्देश्यों के लिए नहीं होगा। कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों का निर्णय सहायता का प्रदान करने या नहीं करने का अंतिम और स्वीकार्य 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 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.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी कोशिका फाउन्डेशन के लिए सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करते हैं, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्राप्ति से स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- 2) कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी का चुनाव केवल कोशिका फाउन्डेशन के उद्देश्यों के लिए है और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी निर्णय कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों के द्वारा ही लिया जाएगा और कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019</p>	<p>D. Arghya Das R. No. 1889, M3 S. No. 1889, No. 189372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पता</p>	<p>S. Bagchi Senior Lecturer Small Bowel Transplantation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	