

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. : K/0623/0270

आवेदन क्रमांक :

APPLICATION DATE : 11/06/23

आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : BHUJANGA MONDAL

आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63

SEX लिंग : M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DULAL MONDAL

पिता/सहोदर का नाम :

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

BHUJANGA TUSHKHALI, NORTH 24 PARGANAS,

743446, WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

 OCCUPATION : UNEMPLOYED

व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आय संचयन

 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 / 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 संबंध
1.	BHUJANGA MONDAL	63	FM	SELF
2.	PUSHPA MONDAL	56	F	WIFE
3.	ASHIM MONDAL	24	M	SON
4.	UTTAM MONDAL	28	M	SON
5.	DIPA MONDAL	22	F	DAUGHTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए चिह्नित आधार

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

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किया गया चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्पित अवश्य माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इसकी सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन को रखा है, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य प्रोत्तन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जा रहा है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा किया)

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-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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या ओंठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, पत्र, यात्रा/या दूसरे माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज की चर्चा या काम में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या ओंठ का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाए जायेगी/मायने में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उठाए के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकृत/संकेत हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उठाए जायेगी/मायने हेतु किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ, एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए समुचित

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

11/06/23

Dr. Shibastis Das

M.B.B.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर की नाम व इलाज के विधि व

OPTIM KASHIKA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

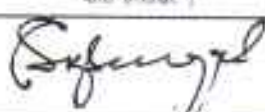
SANKARA HOSPITAL INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2

