

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : M/0822/0186

अवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 01/08/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MANTU MANNA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRABHAT MANNA

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KAUTALA, DAKURTALA, SOUTH 24 PARGANAS 743369,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 4000 x 12 = 48000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes ☒

हाँ / 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.	MANTU MANNA	58	M	SELF
2.	DRUPADI MANNA	55	F	WIFE
3.	SARAT MANNA	30	M	SON
4.	LEELA SAMANTA	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) दरभारिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 लिया गया है?

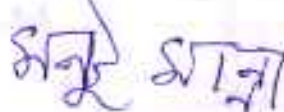
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करण करे)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं करूँगा, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो किया है और या ही किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करण)

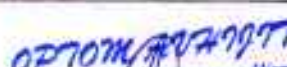
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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 की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टियों, दान, सहायता हेतु उद्देश्य में मुझे योगदानित और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इशारा नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् त्रस्टियों त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शेक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मरीज के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अंतिम/सफल हेतु पत्र नहीं दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या वित्तीय इस मामले में नहीं होगी।

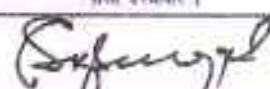
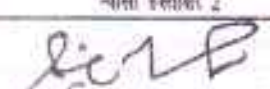
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/08/2022	 Dr. Subodh Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Designation with Stamp) डॉक्टर का नाम, पद और मुहर	 Dr. Subodh Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) डॉक्टर का नाम, पद और मुहर
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2 
--	--