

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : M/1022/0412

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 18/10/22

आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : MUJIBAR RAHAMAN MANDAL

आवेदक का नाम :

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

74

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAHAMAN MANDAL

पिता/पत्नी का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पर

CHANDA BUKHURIA, CHAMPAPUKUR, BASIRHAT-II,
NORTH 24 PARGANAS - 743291, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पर

- AS ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED

व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वर्ण कार्ड संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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.	MUJIBAR RAHAMAN MANDAL	74	M	SELF
2.	SABURA BIBI	67	F	WIFE
3.	GOLAM RASUL MANDAL	45	M	SON
4.	GOLAM NABI MANDAL	42	M	SON
5.	GOLAM HABIB MANDAL	39	M	SON
6.	MAHANUR KHATOON	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्ति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

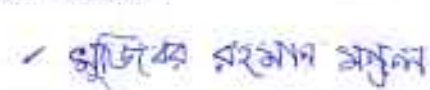
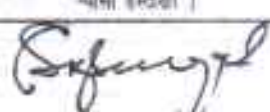
सहायता हेतु किसे लगे बिमारी का उद्देश्य:

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त पुरी 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: 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 पर बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी से अनुमान साथ एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 2) मैं इससे अवगत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है। 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं है, उस मदद का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया) 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयोगी की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यूनी, दान, पाठ्यक्रम द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा पत्र या विवरण की इसका भी पहलू या रूप में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लू इसमें न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया) 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. इधर अधिकृत, हस्ताक्षर की जाय से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं: 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और साकारो संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/प्रकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमसतल किसी अन्य और साकारो संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसतल विशेष पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी साकारो संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हमसतल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसतल में रोगी की इच्छा सुना और अपने कार्य की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसतल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/10/22 Director M.D.B.S, M.S. (Gold Medalist) Reg. no. 71035 WBMC (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पद व	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 