

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1217/1527

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.12.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

KABITA MONDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

GOPAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

HARISHAPUR PUDAKPADA, BASIRHAT,
NORTH 24 PARGANAS, 743412,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1500 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. इच्छा खाली छोड़ें

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 सम्बन्ध
1.	KABITA MONDAL	40	F	SELF
2.	GOPAL MONDAL	52	M	HUSBAND
3.	NISHA MONDAL	12	F	DAUGHTER
4.	NISITH MONDAL	14	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित 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 (SIQS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वाय खैलन नर):

- 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) मै खैलन करत हूँ कि इस प्रकरण में दिने गने धरि विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को ख खकती है।
- 2) मेरी द्वाय जो सहायता दति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मै पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रबंधन को नहीं है, उस दति का अधिक या कमल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वाय करत)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में संबंधित है, उसे "कोशिका" एम्प न्यासी, दूर, साधक/पुस्तकें से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्ण सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय करत)**

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.

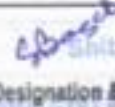
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/पंजी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) स्वयं प्रकाश से फायदा नहीं उठाते।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साधक/पुस्तकें से किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय सहायता किसी अधिकृत/कर्मक हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर साधक/पुस्तकें या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त स्रोत/पाने हेतु किसी गैर साधक/पुस्तकें या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। स्रोत या हस्पताल द्वाय से ली सहायता या बिना गने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव स्रोत एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में स्रोत के हस्तगत सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी स्रोत एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

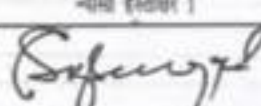
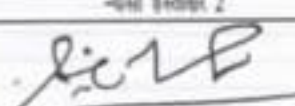
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.12.17	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर आरिंदम डेब, कोशिका फाउन्डेशन रिसर्च सेंटर	 Shikhar Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--