

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No. : K/0618/0411

APPLICATION DATE : 01.06.18

NAME of APPLICANT : MANORANJAN MANDAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUDHIR MANDAL

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SA PASCHIM MADHARPUR  
DIAMONDHARBUR, SOUTH 2A PARGANAS,  
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी 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)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	MANORANJAN MANDAL	65	M	SELF
2.	RENUKA MANDAL	60	F	WIFE
3.	SARAMA MANDAL	38	F	DAUGHTER
4.	SURAJIA MANDAL	34	F	DAUGHTER
5.	SUSAMA MANDAL	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (L)
2.	SURGERY - LA (SUCCESSFUL)

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 वही गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक दृष्टि से) (अर्थिक दृष्टि से)**

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग रहा है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रकरण की नहीं है, उस राशि का आर्थिक या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दृष्टि से)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थिक दृष्टि से) अर्थिक दृष्टि से "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में बतलाया है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, सहायता के माध्यम से वृद्धि परिधिपूर्ण और प्रसारित करने के लिये प्रयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्थिक दृष्टि से) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग किए जा सकते हैं, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थिक दृष्टि से हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दृष्टि से)**

- 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.
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्ति/प्राप्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर दृष्टि से सहायता के लिये गैर-वित्तीय/वित्तीय का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01.06.18</p>	<p><i>(Signature)</i> MBBS, DO, FRCS (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पता के साथ छाप</p>	<p><i>(Signature)</i> Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>