

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K10718/0810 APPLICATION DATE : 19/08/18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : CHANCHALA MANDAL AGE-YEARS 78 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RATAN MANDAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
SARBERIYA HAT KHOLA PARA, AGARHALL,
SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS,
743442, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
AS ABOVE



OCCUPATION : HOME MAKER MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का आय प्रमाण)

PAN No. :
आपका PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए): 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 संबंध
1.	CHANCHALA MANDAL	78	F	SELF
2.	BHOLA MANDAL	56	M	SON
3.	SABITA MANDAL	54	F	DAUGHTER
4.	NAMITA MANDAL	51	F	DAUGHTER
5.	RITA MANDAL	48	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पीपीके कार्ड के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-RE
2.	SURGERY-RE (SICSHIOL)

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 ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अर्पण द्वा चरण पर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सच बात है तो उसे सहायता निशान को क संकारी है।
 - 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही क चाहूँ है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
 - 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपाय को नहीं हूँ, इस चीज का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वा करार)

- 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 (अर्पणक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प न्यायोप, दूर, सचकायत दूर उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित और जानकारी के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण सही प्रकाशित करने का अधिकार मेरे अर्पणक को नहीं है और मेरे अर्पणक को "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत है।
 - 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और सचकायत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करार)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की जाए से मानसंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से सत्य व सहीकरा करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सचकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये क ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा सहायता वित्तिय अधिकार/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सचकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सचकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वा ही सहायता क विनिर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हित पर ध्यान और उसे जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/07/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. -55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Anil Baskar Sachhi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2
	