

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0812/0965** APPLICATION DATE : **08.08.18**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **KABITA MONDAL** AGE-YEARS **63** SEX **F**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **PANCHANAN MONDAL**
पिता/ससुर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **JOYGOPALPUR, NORTH 24 PARAGANAS, 74 3746, WEST BENGAL**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **Empty**

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 लगायें) 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.	KABITA MONDAL	63	F	SELF
2.	PANCHANAN MONDAL	71	M	HUSBAND
3.	SULATA MONDAL	42	F	DAUGHTER
4.	PIJUSHAKANTA MONDAL	28	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 FOL)

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 इस स्रोत से प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वाारा घोषणा कर:

- 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 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 सत्य ज्ञात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पूरा प्रबंध नहीं करूँगा, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वाारा 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 donation - - - 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 (आवेदनक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैंने किया इस प्रकरण में उद्देश्य है, उसे "कोशिका" दान, प्रकाशनादिक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से गोपनीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दान, प्रकाशनादिक का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वाारा 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उद्देश्य से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य सोर्स से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये मांगे जा रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये उक्त रोगी/रोगिणी के उद्देश्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी अंश/समस्त हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारा/हमारी को किसी अन्य सोर्स से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारी द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य माध्यम से नहीं उपलब्ध होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, उसे या हमारा/हमारी को ही नहीं सहायता या किसी अन्य उद्देश्य/उद्देश्यों का प्रयोजन हेतु एवं हमारा/हमारी को ही नहीं सहायता प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा/हमारी को रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमारा/हमारी को ही होती हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सन्तु	REJECTION समन्तु
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08.08.18	 K. Ghosh MCh, DO, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Doctor/Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व टिप्पणी		 Sanjay Bajpai Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिष्ठ उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुति	REJECTED समन्तु	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2