

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1018/1454** APPLICATION DATE: **11/10/18**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **TOBEDALI MANDAL** AGE-YEARS जन्म-वर्ष: **60** SEX लिंग: **M**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **MADAR MANDAL**
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **PARSHWANATH IND GADALPORE, HARDOY**
वर्तमान आवासीय पता
NORTH 24 PARGANAS - 743445, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: **EARNER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐

TOTAL ANNUAL INCOME: **Rs. 2000012 : Rs. 240001-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षम सिलान)

PAN No. **स्माई खाता 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 निशान लगावे): **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.	TOBEDALI MANDAL	60	M	SELF
2.	SANSUR MANDAL	35	M	SON
3.	SANSURDIN MANDAL	30	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिबन्धी रेशा 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 सक्षम
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनती 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 (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

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 आश्वासन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस ओर साक्षात्कृत "कर्मिका अवस्थिति", से जो ला रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस आश्वासन में पद गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आश्वासन किया गया है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)

- 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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्तक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधीकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवं/या मेरी, मेरी, मेरी या मेरी के द्वारा उद्धरण से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों को सिले बिना भी प्रसार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधीकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्ष में या मेरी के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यासी अधीकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से साक्ष्य हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात्कार के उद्धरणों से प्रसारित है मुझे प्रत्यक्ष: साक्षात्कार का हकदार नहीं बनाता। इस साक्ष्य में "कोशिका" एवं/या उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अध्यक्ष के द्वारा या अंग्रेजी का विज्ञान



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्ताक्षरित होना आवश्यक)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इनसे अधिकतर इस्तेमाली को और से मामले/दोषों को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिपत्र सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे डप (डबलवत) निम्न प्रकार से खान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही पक्षिय में स्थिति सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संघ से उठाएंगे/घमसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनने "कौशल फाउंडेशन" से शिक्षा/विकास उठा के संघर्ष में "कौशल फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कौशल फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्थान हेतु मंजूर नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल किसी मरर उठाएंगे/घमसे हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कौशल फाउंडेशन" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इसकात द्वारा दी गई सहायता या क्रिये एवं उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसकात के बीच का विषय है और "कौशल फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इसकात में ऐसी के इसकात सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसकात की होगी और "कौशल फाउंडेशन" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 11/10/18	Dr. Dhananjay Giri MBBS MS Reg. No. 50578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्प्रेस का पत्र	S. Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्प्रेस सह अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरांगिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्मायल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्मायल 2
	